



6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**Promovendo o *empowerment* da mulher para uma tomada
de decisão informada sobre o trabalho de parto: um
cuidado especializado do Enfermeiro Obstetra**

Raquel Filipa Ripado Chaves

**Lisboa
2016**



6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

**Promovendo o *empowerment* da mulher para uma tomada
de decisão informada sobre o trabalho de parto: um
cuidado especializado do Enfermeiro Obstetra**

Raquel Filipa Ripado Chaves

Orientador: Profª Helena Bértolo

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Agradecimentos:

À Sr^a Professora Helena Bértolo, pela disponibilidade e profissionalismo, pelo apoio e atenção dedicada. Guardo todas as aprendizagens que fiz consigo. Foi e será sempre, uma inspiração para mim.

À Aida e à Paula, por me ajudarem a melhor compreender o milagre da vida.

À minha mãe Natalina e ao meu pai Rui, pelo dom da vida. Devo-vos tudo o que sou.

Aos meus irmãos Tiago, André e Madalena, pelo amor que me têm e por me relembrares todos os dias quem sou.

Ao Renato, pelo amor e pelo diálogo.

À Cláudia e ao Nelson, é graças a vós que todos os dias conheço melhor o significado da palavra “amizade”.

A toda a minha família e a todos os meus amigos, pela compreensão incondicional da minha ausência.

Às minhas colegas, Enfermeiras Generalistas e Especialistas, pela compreensão e apoio. São verdadeiramente dignas da minha admiração.

A todos os ativistas em geral, e aos feministas em particular. A todos aqueles que se atrevem a pensar de forma diferente e se preocupam com o bem comum.

Às mulheres de todo o mundo, com especial relevo para aquelas com que me cruzei durante este “caminho”. Tentar, de alguma forma, melhorar o vosso dia, trás sentido à minha vida.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a concretização deste sonho, o meu muito sentido obrigada!

“Para se ser um efectivo agente da paz tem de se procurar mudar não apenas a comunidade e o mundo. O mais difícil é que cada um mude por si antes de procurar mudar os outros”.

Nelson Mandela, 2000

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BP	Bloco de Partos
CCC	Cuidado Centrado no Cliente
CDE	Código Deontológico dos Enfermeiros
CINHAL	Cumulative index to nursing and allied health literature
CMESMO	Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
CUE	Curetagem Uterina Evacuadora
EBSCO	<i>Elton B. Stephens Company Publishing</i>
EC	Ensino Clínico
EEESMO	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
EEESMOG	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica
Enf ^o	Enfermeiro
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
FCF	Frequência Cardíaca Fetal
HAPD	Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
ICM	<i>International Confederation of Midwives</i>
IM	Intramuscular
JB	Joanna Briggs Institute
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MPSR	Modelo de Promoção da Saúde Revisto
NC	Notas de Campo
NCBI	National Center for Biotechnology Information
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
Prof.	Professora
RN	Recém-nascido
RSL	Revisão Sistemática da Literatura
SUOG	Serviço Urgência Obstétrica e Ginecológica
TD	Tomada de Decisão
TES	Teoria de Empowerment em Saúde
TP	Trabalho de Parto
UC	Unidade Curricular
EU	União Europeia
WC	<i>Water closet</i>

RESUMO

Observa-se, hoje em dia, que algumas práticas na maternidade tendem a ignorar as preferências das mulheres em trabalho de parto, uniformizando os cuidados com prejuízo para o bem-estar e a qualidade de vida das famílias. As práticas em Obstetrícia têm vindo a tornar-se cada vez mais repletas de intervenção, focando-se apenas nos resultados físicos (mortalidade e morbidade) e descurando as vivências das parturientes e família, assim como as consequências psicossociais de um parto traumático.

O presente Relatório de Estágio pretende refletir os cuidados em maternidade na perspectiva EEESMOG, que se visa holística, centrada no cliente e baseada na evidência. Da mesma forma, espelha as aprendizagens efetuadas em contexto do Estágio com Relatório inserido no 6º CMESMO da ESEL.

Foram escolhidos como referenciais teóricos norteadores os modelos de Nola Pender – Modelo de Promoção da Saúde, e a Teoria de *Empowerment* em Saúde de Nelma Shearer. Foi também realizada uma Revisão Sistemática da Literatura que visou responder à seguinte questão de investigação: “Quais os cuidados do EEESMOG promotores do *empowerment* das mulheres direcionado para uma tomada de decisão informada relativa ao trabalho de parto?”. Adicionalmente, foi efetuado um registo da interação durante a prestação de cuidados no decorrer do estágio, sobre os quais foi efetuada uma reflexão e confrontação com os resultados da RSL.

Concluiu-se que os cuidados que o EEESMOG presta que são promotores de uma tomada de decisão informada para o trabalho de parto se inserem dentro de três grandes temas, nomeadamente Competências da esfera *relacional*, Competências da esfera da *prática clínica* e Competências da esfera *científica*, com especial referência para os cuidados que se relacionam com o Estabelecimento de Relação Terapêutica, a Educação para a Saúde, o Cuidado da Mulher em trabalho de parto, a Promoção do exercício do Consentimento Informado e a Prática baseada na Evidência.

Palavras-chave: enfermeiro obstetra, *empowerment*, tomada de decisão informada, trabalho de parto

ABSTRACT

Nowadays, we understand that some maternity care tend to ignore the preferences of women in labor, uniformizing the care, compromising the wellbeing and quality of life of families. The practice in obstetrical care has become increasingly filled with intervention, focusing solely on physical results (mortality and morbidity) and forgetting the experiences of mothers and family, as well as the psycho-social consequences of a traumatic birth.

This Relatório de Estágio (Internship Report) is intended to reflect the care for motherhood in the EEESMOG (midwife) perspective, which is meant to be holistic, client-centered and evidence-based. Similarly, it mirrors the learning carried out in the context of the internship inserted on the 6th CMESMO of ESEL.

There were chosen as reference theoretical guiding models the Health Promotion Model by Nola Pender, and the Empowerment Theory by Health Nelma Shearer.

It was also conducted a Systematic Literature Review which aimed to answer the following research question: "What the care of EEESMOG promoters women's empowerment directed to an informed decision-making regarding labor?". Additionally, the interaction between some EEESMOG and parturients were registered. Posteriorly a reflection and confrontation with the results of the SLR was made.

We concluded that the promoting care of empowerment for an informed decision-making regarding labor care the EESMOG provides fall within three main themes, namely competence of relational sphere, competence of clinical practice sphere and competence of the scientific sphere. We made special reference to the care related to Therapeutic Relationship, Education for Health, Care of Women in labor, Promotion of Informed Consent and the Evidence Based Practice.

Key-words: *midwife, empowerment, informed decision-making, labor*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1 -ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
1.1– Empowerment das Mulheres	14
1.2 - Tomada de Decisão Informada relativa ao Trabalho de Parto	17
1.3 – Referencial Teórico de Enfermagem	20
1.4 - O cuidado empoderador do EEESMOG direcionado para uma Tomada de Decisão Informada relativa ao Trabalho de Parto	23
2 - PERCURSO DESENVOLVIDO DURANTE A UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO, DE ACORDO COM OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
2.1 - Desenvolver competências de prestação de cuidados especializados baseados na evidência	29
2.1.1 - Caracterização do contexto.....	29
2.1.2 - Descrição e análise das competências e aprendizagens desenvolvidas	30
2.1.3 - Análise do desenvolvimento da competência específica individual: promoção do empowerment para a tomada de decisão direcionada para o trabalho de parto	37
2.2 - Identificar a evidência científica e analisar criticamente as práticas do EEESMO promotoras do empowerment para a tomada de decisão direcionada para o trabalho de parto	39
2.2.1 - Metodologia	39
2.2.2 - Apresentação de Resultados da RSL	46
2.2.3 - Discussão dos Achados	48
2.3 – Conclusão	53
2.4 - Considerações éticas.....	54
3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

APÊNDICES

APÊNDICE I – Fluxograma de seleção dos artigos na RSL

APÊNDICE II – Quadros de Avaliação da Qualidade Metodológica dos Artigos

APÊNDICE III – Notas de Campo

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Questão de Investigação de acordo com a mnemónica PICO	39
Tabela 2 - Termos de Pesquisa Naturais e Indexados.....	40
Tabela 3 - Critérios de Inclusão e Exclusão.....	41
Tabela 4 - Quadro resumo dos artigos incluídos na RSL.....	43
Tabela 5 - Categorias análise de conteúdo artigos	47
Tabela 6 – Categorias das Notas de Campo.....	48

ÍNDICE DE FÍGURAS

Figura 1- Fluxograma de Referencial Teórico	22
---	----

INTRODUÇÃO

O presente documento “Promovendo o *empowerment* da mulher para uma tomada de decisão informada sobre o trabalho de parto: um cuidado especializado do Enfermeiro Obstetra - Relatório de Estágio” surge no contexto da realização da UC Estágio com Relatório, no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Tanto a orientação pedagógica da UC como a orientação do Relatório de Estágio tiveram como orientadora a Profª Helena Bértolo.

A justificação da temática escolhida relacionou-se com motivações pessoais e profissionais geradoras de inquietação. No século passado, verificou-se constantemente uma subordinação das mulheres ao poder masculino sob as mais variadas circunstâncias: culturais, políticas e económicas, assim como no seio familiar. Apesar de todas as conquistas realizadas pelo movimento feminista, na atualidade, as mulheres ainda se deparam com dificuldades acrescidas face aos homens, nessas mesmas esferas: desempenham funções predominantemente pior remuneradas e continuam pouco representadas em cargos de tomada de decisão, sejam eles a nível económico, político ou de gestão, apesar de representarem cerca de 60% dos graduados com formação diferenciada na Europa (Comissão Europeia, 2011). Adicionalmente, estão sujeitas a estereótipos, discriminação social, segregação no mercado laboral e empregabilidade precária, bem como a desigual partilha de responsabilidades com os homens na esfera privada (Comissão Europeia, 2010). Observo, com frequência, o que é esperado de muitas mulheres na nossa sociedade: subordinação e complacência com o sistema imposto pelo patriarcado. Walby citado por Giddens (2008) define o patriarcado como o sistema de estruturas e práticas sociais onde os homens dominam, oprimem e exploram as mulheres. O controlo sobre as mulheres persiste de diversas formas: através de ataques verbais e físicos ao corpo/sexualidade da mulher, ataques à sua racionalidade e inteligência, ataques às suas opções no exercício da maternidade (ex: leite materno *versus* artificial), entre outros. Toda esta discrepância no valor percebido do género feminino é produto do patriarcado.

No final do século XX, R. W. Connell acreditava ser este o poder patriarcal que regia as sociedades capitalistas ocidentais (do nível individual ao nível institucional), pelo que se interessou pelos fatores que criavam e mantinham essa ordem de género. Assim, descreveu três dimensões da sociedade humana que, interagindo entre si, contribuíram para a procrastinação da igualdade de género: o trabalho (divisão do trabalho doméstico/educação de crianças e mundo laboral), o poder (dinâmicas das relações sociais, autoridade, violência, vida militar) e a cathexis (esfera relacional íntima, emocional e pessoal) (Giddens, 2008).

Fahy (2002) citando Foucault (1984) refere que as disciplinas modernas induzem à submissão, através da promessa de recompensas associadas à adesão e de punições associadas à não adesão, de forma sempre implícita. A autora (2002) refere ainda que no caso da medicina, são realizadas promessas de “vida”, “saúde” e “alívio da dor”, sendo que as punições se traduzirão em medo de “dor”, “morte” ou “deficiência”. Os cuidados em obstetrícia não são exceção. Durante a minha prática nesse contexto, frequentemente verifiquei assimetrias de poder a favor da equipa médica e em detrimento das mulheres, seja enquanto parturientes, seja enquanto enfermeiras, uma profissão em que a grande maioria dos profissionais é do sexo feminino.

De acordo com Couto cit. in Leite (2012, p. 17) “*cerca de 85 a 90% das gravidezes terminam num parto sem intercorrências e sem necessidade de intervenção médico-cirúrgica*”. Apesar disso, com a evolução do conhecimento técnico e científico, implementaram-se práticas sofisticadas e sustentadas na tecnologia, que uniformizaram e instrumentalizaram os cuidados na maternidade. Este aspeto não deixa de ser curioso se refletirmos que a “*investigação suporta a sabedoria da natureza no parto, identificando práticas baseadas na evidência que promovem e protegem o parto normal*” (Lothian, 2006, p268). Infelizmente, as práticas em obstetrícia mantêm-se rotineiras destituindo a mulher do seu papel ativo (Sardo cit. in Leite, 2012) e colocando mãe e bebé em perigo, pois a maioria das mulheres acredita, erradamente, que tecnologia e intervencionismo médico são garantes de maior segurança para ambos (Lothian, 2008). Judith Lothian (2006, p. 298) sublinha que “*a perceção de risco pode ser criada ou aumentada, através da redefinição de eventos de vida comuns como arriscados e através do exagero de pequenos riscos. Devido ao facto de o modelo médico encorajar mulheres (e enfermeiras) a olhar o parto como pleno de riscos para*

mãe e bebé, o obstetra encontra-se na poderosa posição [passível] de reduzir o risco e a incerteza”.

Para além da violação de direitos básicos inerentes à qualidade de cidadão (direito à autodeterminação e ao respeito), estas práticas desumanizadas e desatualizadas, centradas nos profissionais, violam os princípios éticos reguladores de todas as profissões de saúde, em concreto o Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE). Segundo o CDE, é dever dos mesmos intervir no respeito pelos direitos e interesses do cliente, protegendo e defendendo “*a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum*” (Artigo 79.º). Do mesmo modo, os cuidados de Enfermagem deverão ser “*realizados com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro*” (n.º 1 do Artigo 78.º) (Enfermeiros, 2009).

De acordo com a International Confederation of Midwives (2013) é central à prática das parteiras o trabalho em conjunto com as mulheres e os profissionais de saúde para ultrapassar as práticas culturais que prejudicam mulheres e bebés. A escolha desta temática foi então motivada pela minha reflexão e inquietação interior: como futura EEESMOG, como posso eu contribuir para normalizar o parto como o evento fisiológico que é? Como posso colaborar na devolução do parto às mulheres? Com base no objetivo de produzir literatura neste contexto e trazer contributos para a prática, propus-me desenvolver a UC Estágio com Relatório no âmbito das intervenções do EEESMOG promotoras do *empowerment* das mulheres direcionado para uma tomada de decisão informada relativa ao trabalho de parto.

A elaboração deste documento teve como finalidade a obtenção do título de Enfermeiro Especialista e do grau académico de Mestre. No presente documento pretende-se descrever, analisar e refletir o percurso de aprendizagem e as competências desenvolvidas ao longo do Estágio com Relatório, com o propósito de relatar o desenvolvimento pessoal e profissional na qualidade de futura EEESMOG. Este Relatório de Estágio encontra-se estruturado em duas partes essenciais: na primeira parte, foi delineado o enquadramento teórico sobre a temática abordada; na segunda, encontram-se debatidas as competências e aprendizagens desenvolvidas em contexto de ensino clínico sustentadas pela reunião de evidência científica afeta à área de cuidados supracitada.

1 -ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No presente capítulo irão ser exploradas as conceptualizações referentes aos termos chave relevantes para o desenvolvimento da questão de investigação, nomeadamente, *empowerment*, tomada de decisão, trabalho de parto e cuidado do EEESMOG.

1.1– *Empowerment* das Mulheres

Referimos previamente a discrepância de poder entre ambos os géneros, na sociedade antiga e moderna. Hoje em dia, as mulheres são um cidadão de pleno direito, votam e ocupam cargos políticos (Comissão Europeia, 2010). Possuem direitos para controlar a sua pessoa e a sua propriedade e podem viver sem marido e divorciar-se. A percentagem de mulheres que trabalha fora de casa aproxima-se da percentagem masculina e estas ocupam cargos de gestão e de grande complexidade profissional. A população feminina dispõe agora de mais recursos, mais possibilidade de escolha e de um estatuto social mais elevado que no passado (Skolnick e Skolnick, 2010).

Não obstante, observam-se ainda muitos manifestos de segregação e violência contra as mulheres. Vivemos numa sociedade que normalizou a misoginia e o patriarcado, onde não é desejável que as mulheres tenham poder e controlo sobre os seus corpos e se sintam seguras para tomar decisões relacionadas com aborto, amamentação, parto, entre tantas outras. Adicionalmente, no domínio público, as mulheres ainda encontram dificuldades na manutenção da sua independência e autonomia financeira. Para além disso, mantém-se sujeitas a discriminação, estereótipos, segregação no mercado laboral, condições de empregabilidade precárias, trabalho em tempo parcial forçado, bem como a desigual partilha de responsabilidades com os homens (Comissão Europeia, 2010). No domínio privado, o impacto da parentalidade ainda acarreta consequências laborais devastadoras para as mulheres, na medida em que as mantém afastadas do mercado laboral e continuam a trabalhar mais horas (não pagas) em casa do que os homens (Comissão Europeia, 2011). Veem-se muitas vezes obrigadas a escolher entre a maternidade e uma carreira profissional, devido à

falta de estruturas flexíveis de organização do trabalho e de serviços de cuidados e à persistência de estereótipos de género (Comissão das Comunidades Europeias, 2006).

A perpetuação destas discrepâncias de género, para além de colocar em causa os valores europeus fundamentais da igualdade e do Estado de direito (Comissão das Comunidades Europeias, 2005), lesam a economia e a sociedade e violam os Artigos 21º e 23º da Carta dos Direitos Fundamentais da UE relativos à não discriminação pelo sexo (União Europeia, 2010). Há muitos anos que a UE se encontra na vanguarda dos esforços de combate à discriminação em razão do sexo e promoção da igualdade entre homens e mulheres (Comissão das Comunidades Europeias, 2005). Para isso é necessário *ajudar* as mulheres, é necessário que haja ação. Com essa finalidade em vista, a Comissão das Comunidades Europeias (2006) determinou algumas áreas de intervenção prioritária, destacando-se: a Conciliação do trabalho com a vida privada (através da flexibilidade no trabalho, da multiplicação de estruturas de cuidados e políticas); a Participação igualitária de mulheres e homens em instâncias de tomada de decisão (ao nível político, económico, científico e tecnológico); a Erradicação de todas as formas de violência contra as mulheres e a Eliminação dos estereótipos de género (na educação, cultura, mercado laboral e meios de comunicação).

De acordo com as Nações Unidas, empoderar as mulheres para participar plenamente na vida económica é essencial para construir economias mais fortes, atingir objetivos de desenvolvimento e sustentabilidade internacionalmente acordados e melhorar a qualidade de vida para mulheres, homens, famílias e comunidades, motivo pelo qual emanaram os “Women’s Empowerment Principles” (UN Women, n.d.). Mais especificamente, o EEESMOG tem a responsabilidade acrescida de promover as mudanças sociais tão necessárias, tal como referido pela competência H7.1.7. “*Advoga e promove estratégias de “empowerment” para as mulheres em idade fértil*” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, p.8).

O conceito de *empowerment* emergiu da ideologia socialista radical e feminista dos anos 70, que abarca ideias de consciencialização coletiva e de responsabilidade partilhada ((Mitcheson e Cowley, 2003). Este conceito é central ao documento, mas para o definir, importa primeiramente explicitar o conceito de poder. Laverack (2004, p.53) entende por poder “*a probabilidade de, numa relação social, um ator conseguir concretizar a sua vontade, apesar da resistência*” referindo quatro manifestações possíveis de poder distintas: autoridade, força, manipulação e persuasão. Os enfermeiros, como promotores de saúde, estão

posicionados a meio nas cadeias de poder, com os decisores políticos e gestores de um lado e o público do outro (Cribb e Duncan, 2002). Não só estão sujeitos aos sistemas de poder, com também transmitem poder e exercem poder sobre outros, sendo, no entanto, seu objetivo perene tentar reduzir os desequilíbrios de poder através de abordagens de *empowerment* (idem, 2002).

O processo de *empowerment* utiliza e reaproveita as forças interiores dos indivíduos, na medida em que os encara como parceiros capazes, autónomos e competentes. Com efeito, Kuokkanen e Leino-Kilpi (2000) encaram o *empowerment* como um processo de crescimento pessoal e de desenvolvimento, permeado por características pessoais como as crenças, perspetivas, valores, perceções e relações com o ambiente. A transmissão de poder para o utente exige que os profissionais de saúde se foquem na capacitação do cliente e maximizem o seu conhecimento sobre autocuidado, recursos e competências para lidar com a doença, fomentando a autonomia e a autoeficácia, para que este adquira poder sobre a sua vida e o reconheça, aumentando o leque de escolhas disponíveis (Pereira, Fernandes, Tavares e Fernandes, 2011). Ou seja, o ato de fomentar o desenvolvimento de poder no outro não implica a sua subtração no primeiro agente, motivo pelo qual Kuokkanen e Leino-Kilpi (2000) acreditam que são apenas as enfermeiras empoderadas que têm capacidade de prestar cuidados promotores da autoconfiança e da autonomia.

Assim, *Empowerment* define-se como o processo social para o reconhecimento e promoção da capacidade dos cidadãos de satisfazer as suas próprias necessidades, resolver problemas e mobilizar os recursos necessários para controlar a sua vida (Pereira et al. 2011). Este processo visa, equipar a pessoa com recursos internos e externos para exercer o seu direito de escolha em autonomia, mas esta não foi sempre uma prática consensual. Campos e Graveto (2009) descrevem quatro modelos da interação entre enfermeiro e cliente: o modelo *paternalista* (em que o enfermeiro toma as decisões pelo doente); o modelo *informativo* (é fornecida ao cliente informação facilitadora da escolha); um terceiro, *interpretativo* (enfermeiro e cliente interagem para identificação das preferências dos segundos e existe apoio à tomada de decisão por parte do enfermeiro); e finalmente, o modelo *deliberativo*, muito semelhante ao anterior, que acrescenta uma extensão moral e enfatiza a discussão de alternativas.

Apesar do propósito da educação consistir em ajudar o cliente a sentir-se empoderado para concretizar as escolhas de saúde que deseja (Cribb e Duncan, 2002), importa que se sublinhe que os resultados obtidos não representam necessariamente saúde ou comportamentos corretos relacionados com a doença (Carvalho e Carvalho, 2006). É possível que estes emergam do processo educacional, mas o principal objetivo será maximizar uma escolha genuína e voluntária (Carvalho e Carvalho, 2006).

1.2 - Tomada de Decisão Informada relativa ao Trabalho de Parto

Trabalho de parto refere-se ao *“processo fisiológico através do qual os produtos da concepção (feto, líquido amniótico, placenta e membranas) são expulsos da cavidade do útero, pelo canal vaginal, para o mundo exterior. É definido pela presença de contrações uterinas regulares associadas com apagamento e dilatação do colo do útero e com a descida fetal”* (Posner, Dy, Black e Jones, 2014, p.55). O trabalho de parto está dividido em quatro períodos. O primeiro período, que compreende as fases latente e ativa, começa com o verdadeiro trabalho de parto e se estende até à dilatação total do colo do útero (Posner et al., 2014). O segundo período do trabalho de parto inicia-se quando o colo do útero atingiu a dilatação completa, até ao nascimento do bebé (Posner et al., 2014). De seguida, o terceiro período do TP diz respeito à dequitação: separação da placenta da parede uterina, sua descida e expulsão através do canal de parto e, finalmente, o quarto período corresponde ao puerpério imediato (Posner et al., 2014).

A OMS (1996) define parto normal como sendo de início espontâneo, de baixo-risco no início do trabalho de parto, duração e período expulsivo, nascendo o bebé espontaneamente, em posição de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gestação, em que após o mesmo, mãe e bebé se encontram em boas condições de saúde.

Segundo sabemos, o parto é tão antigo quanto a humanidade pelo que é apenas compreensível que seja olhado como um processo natural, para o qual o corpo da mulher está programado sem necessidade de empregar nenhum tipo de substância ou ferramenta externa (Casal-Moros e Alemany-Anchel, 2014). Na mesma linha de pensamento e de acordo com Lamaze International (2016), o parto é um fenómeno normal, natural e saudável, que pode ter lugar, de forma segura, no domicílio, em centros de parto ou em hospitais.

É, sem dúvida, uma experiência que afeta profundamente as mulheres e famílias (idem, 2016). Segundo Holvey (2014), o parto constitui-se como um ritual de passagem, fundamental para o desenvolvimento de autoestima, autoconfiança e *empowerment*, bem como para o crescimento pessoal da mulher. É através da confrontação com a dor que a mulher se passa a olhar como uma pessoa madura e capaz e se torna consciente da sua capacidade para lidar com grandes desafios, nomeadamente reunir os recursos que necessita para assumir o papel de mãe (Holvey, 2014).

A instituição Lamaze International (2016) sublinha que as mulheres possuem uma habilidade inata para parir, mas que a confiança e capacidade para o fazer, pode ser fomentada ou condicionada pelo prestador de cuidados e pelo local em que o parto ocorre. Como já se referiu previamente, *“o modelo assistencial vigente, com a prática excessiva de intervenções, desrespeita a fisiologia do parto e desvia o foco das necessidades da mulher, além de interferir na dinâmica familiar, pois deixa de ser centralizado na pessoa, suas crenças e valores”* (Sodré, Merighi e Bonadio, 2012, p. 115). Apesar disso, as mulheres têm direito a parir livremente de intervenções médicas rotineiras (Lamaze International, 2016). É premente o respeito pela sua autonomia, pelo direito à escolha e pelo contributo que têm a dar aos cuidados a si prestados (Beauchamp e Childress, 2011), pois *“as grávidas desejam manter o controlo sobre os seus corpos (...) e que lhes seja facilitada a tomada de decisões sobre os cuidados a si prestados”* (Tiran, 2004, p. 51). Por seu turno, a Ordem dos Enfermeiros considera que *“tendo em vista a tomada de decisões informadas sobre a sua assistência e a dos seus bebés, as mulheres têm o direito a receber informação completa, adequada e o mais imparcial possível, assente na melhor evidência científica disponível, relativamente aos cuidados que lhe venham a ser prestados, seus benefícios, prejuízos e alternativas”* (Leite, 2012, p. 20).

É universal que todas as decisões sejam tomadas no âmbito de sistemas de relações de poder. Numa situação em que um indivíduo tenha um poder exercido sobre si, o resultado desse exercício de poder é que a sua autonomia esteja comprometida em algum grau. A sociedade em que vivemos e as pessoas que nos rodeiam podem impor diferentes tipos de restrições à nossa autonomia, sendo que a maioria não envolve o uso de força física, mas sim mecanismos de regras, normas, recompensas e sanções mais subtis e menos óbvias (Cribb e

Duncan, 2002). Este é frequentemente o caso dos cuidados de saúde em Obstetrícia. Não obstante, Kolovos et al. (2015) referem que a prestação de cuidados de saúde tem vindo a transitar de uma abordagem paternalista para outra que encoraja maior envolvimento do indivíduo nas decisões relativas a tratamentos e cuidados de saúde.

Beauchamp e Childress (2011) acreditam que a decisão conjunta é um ideal válido, mas não define nem substitui o consentimento informado. Este, dado ou retirado com o tempo, ocorre somente “*se um paciente (...), com um entendimento substancial e numa substancial ausência de controlo por parte de outros, intencionalmente autoriza um profissional a fazer algo*” (idem, 2011, p. 164). Também, Kolovos et al. (2015) consideram o processo de tomada de decisão (TD) como sendo altamente complexo e central à prestação de cuidados de saúde. Segundo Cribb e Duncan (2002) é papel dos profissionais de saúde apoiar, ajudar a construir a autonomia do indivíduo e respeitar a escolha autónoma, sem emitir juízos de valor. Os mesmos autores (2002) prosseguem, referindo que profissionais centrados no cliente irão escutar as preocupações e preferências do cliente, irão encorajá-lo a encontrar as suas próprias soluções e dar-lhe-ão a oportunidade de explorar em plenitude e debater as alternativas numa troca de ideias aberta e construtiva. Adicionalmente, importa que o cliente seja detentor de informação que sustente o seu raciocínio e lógica decisional. Kolovos et al. (2015, p.148) corroboram esta afirmação, referindo que “*a relação enfermeiro-cliente e o fornecimento de informação individualmente ajustada foram identificados como requisitos fundamentais para a participação ativa do cliente na tomada de decisão, no âmbito de cuidados de Enfermagem*”. Com efeito, o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para exercer educação para a saúde e assim possibilitar ao cliente uma tomada de decisão relativa à sua saúde que se possa dizer informada e responsável (Stanhope e Lancaster, 2011).

Na verdade, a escolha informada não é um ideal em cuidados de saúde, mas sim uma exigência ética (Cribb e Duncan, 2002), predicado indispensável do cuidado de Enfermagem. Importa que o enfermeiro seja veículo impulsionador da tomada de decisão fundamentada (através de informação e educação), refletida e sobretudo livre e autónoma, assumindo este um papel de organizador e de acompanhante do cliente no processo. “*Estimular a tomada de decisão informada das mulheres é valorizar sua capacidade de decidir, é respeitar o direito ao próprio corpo e à autonomia, é promover o direito à condição de pessoa*” (Sodré et al., 2012, p. 118).

Naturalmente que estará imputada ao EEESMOG uma responsabilidade acrescida, como cuidador que acompanha a mulher em trabalho de parto.

1.3 – Referencial Teórico de Enfermagem

Como já foi referido previamente, o conhecimento teórico representa para o EEESMOG a espinha dorsal dos cuidados que presta, pois “*constitui uma ferramenta útil para o raciocínio, para o pensamento crítico e para a tomada de decisões na prática de Enfermagem*” (Tomey e Alligood, 2004, p.19). Para Tomey e Alligood (2004) a Teoria de Enfermagem não só é essencial para a existência desta enquanto disciplina académica como também é vital para a prática da profissão. Meleis (1991) corrobora esta afirmação, referindo que a Teoria de Enfermagem consiste na conceptualização da realidade de Enfermagem e tem como propósito descrever, explicar, predizer ou prescrever cuidados de Enfermagem, balizando os limites da investigação e emanando *guidelines* para a prática.

Torna-se portanto, bastante óbvio o papel incontornável da teoria de Enfermagem para a *praxis* diária do EEESMOG. Com a finalidade de melhor sustentar a minha prática, e porque considero os seus postulados muito importantes (enquanto enfermeira) fiz uso do referencial teórico proposto pela teórica de Enfermagem Nola J. Pender – o Modelo de Promoção de Saúde Revisto (MPSR), complementado pela Teoria de *Empowerment* em Saúde (TES) de Nelma C. Shearer. Ambas as autoras se inserem no paradigma da Transformação, em que, a pessoa é considerada como um ser único, cujas múltiplas dimensões formam a unidade e que é indissociável do seu universo (Kérouac, 1996). Neste paradigma, também o conceito de saúde foi revisto, deixando de estar associado a um estado fixo ou à ausência de doença, mas sendo parte dinâmica da experiência humana e integrando a vida do indivíduo, da família e dos grupos sociais (idem, 1996). Ao contrário do que acontecia previamente, a população transformou-se em agente da sua própria saúde, participando no mesmo grau do que os profissionais de saúde (Kérouac, 1996). Esta responsabilização por si e pela sua saúde, por parte das populações, constitui-se como base de ambas as teorias.

O MPSR de Pender (1996) é a versão revista do Modelo de Promoção da Saúde original, publicado em 1987 (Tomey e Alligood, 2004). Este considera que “*cada pessoa é*

detentora de características e experiências pessoais únicas, que afetam as suas ações subsequentes” (Pender, Murdaugh e Parsons, 2006), motivo pelo qual é tão importante estabelecer uma relação de ajuda com a grávida e família e conhecer a sua história de vida. O conjunto de variáveis para cada comportamento específico, tem uma importância motivacional significativa, mas estas variáveis são passíveis de ser alteradas através de ações de Enfermagem, com o objetivo final de que exista um Comportamento de Promoção de Saúde (Pender et al., 2006). De acordo com o MPSR, é suposto que os comportamentos de promoção da saúde resultem numa saúde melhorada, numa capacidade funcional reforçada e numa maior qualidade de vida, em todos os estadios de desenvolvimento (Pender et al., 2006). Encontra-se então bastante patente, a responsabilidade acrescida que o EEESMOG detém, no acompanhamento das parturientes ao longo deste processo de promoção da saúde.

Por sua vez, a *Health Empowerment Theory* (baseada na Teoria da Integralidade entre humanos e ambiente de Martha Rogers), pressupõe uma participação deliberada do indivíduo, no processo de mudança de si próprio e do seu ambiente, através da mobilização de recursos internos, de forma a atingir bem-estar (Shearer, 2009). O cuidado prestado pelo EEESMOG assemelha-se-me então como fulcral no que respeita à mudança de comportamentos e à adoção de hábitos de vida saudáveis, através do *empowerment* em saúde. Este define-se como o “*processo relacional em que os enfermeiros mobilizam o potencial interior do cliente, para promover a consciencialização e a participação do mesmo no alcançar dos seus objetivos de saúde*” (Shearer, 2009). O *empowerment* em saúde reveste-se, de especial importância, pois sublinha a capacidade individual de cada pessoa para participar de forma intencional nas decisões que à sua saúde digam respeito e aos cuidados a que a si sejam prestados (idem, 2009). Este é, na minha opinião, um dos grandes desafios dos cuidados em Saúde Materna, na atualidade. Transferir para a parturiente todo o poder decisional, pode significar que alguns profissionais de saúde se sintam desempoderados. Não obstante, esta é, para mim, a única forma de cuidar verdadeiramente: Promover e respeitar as escolhas realizadas pelo cliente é olhá-lo como indivíduo, é respeitar a convenção dos Direitos Humanos, é ser pessoa que cuida de outra pessoa. Apesar disso, os processos de motivação e capacitação podem ser de difícil realização, pois as grávidas não possuem, frequentemente, os recursos necessários para tal.

Ambos os postulados teóricos apresentam objetivos semelhantes, nomeadamente a procura de comportamento de promoção de saúde (Pender et al., 2006) e a procura de bem-estar (Shearer, 2009). Não obstante, através da leitura do postulado por Nola Pender relativamente ao MPSR, pude compreender que a autora tendeu a focar-se principalmente nas características pessoais e motivação intrínseca como vitais para a existência do comportamento de promoção de saúde, pois “*identifica os fatores cognitivos e percetivos como principais determinantes do comportamento de promoção de saúde*” (Tomey e Alligood, 2004, p.704). Já a TES de Nelma Shearer (2009), enfatiza a ação do enfermeiro, assim como a promoção deste relativamente aos recursos da comunidade (Shearer, 2009). Tendo essas diferenças em conta, elaborei um fluxograma que pretende reunir os contributos de ambos os modelos (vide fig. 1). Primeiramente são referidas as condicionantes pessoais da parturiente, que irão ser influenciadas pelo cuidado do EEESMOG. Será assim desejável que se produzam na parturiente um desenvolvimento social secundário ao empowerment em saúde e ações empoderadas que demonstrem uma participação pró-ativa na satisfação das suas necessidades, culminando o processo na obtenção dos objetivos pretendidos: comportamentos de Promoção da Saúde e Procura de Bem-estar.

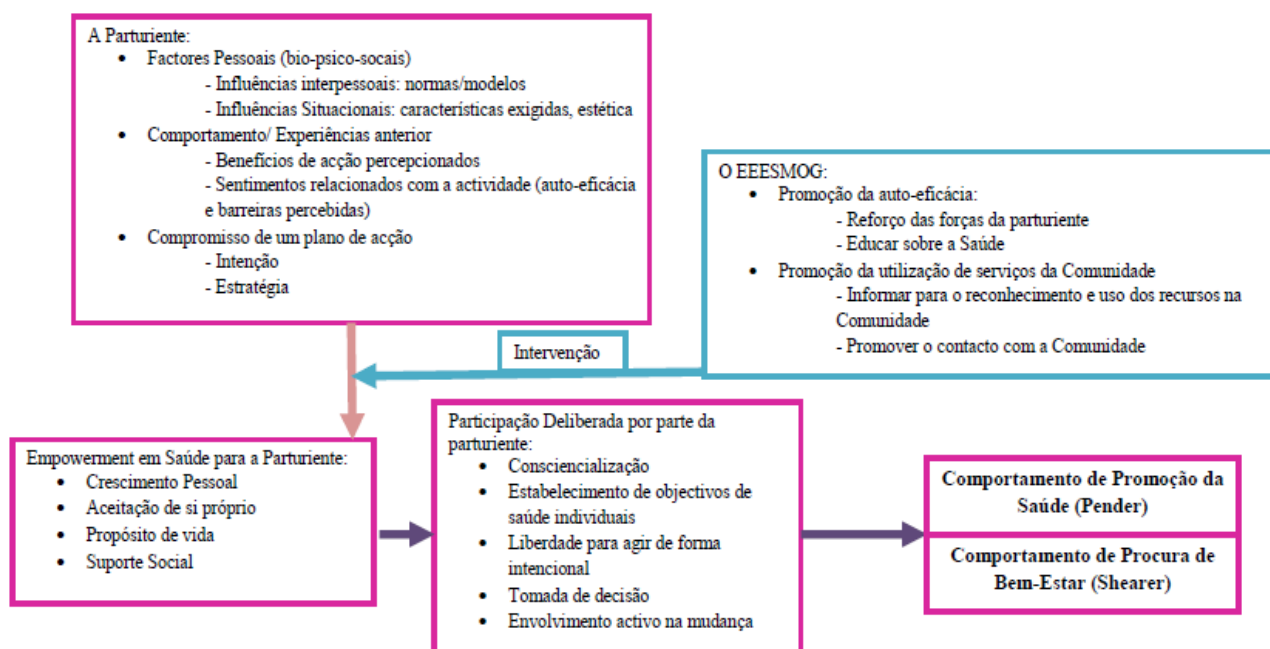


Figura 1- Fluxograma de Referencial Teórico

1.4 - O cuidado empoderador do EEESMOG direcionado para uma Tomada de Decisão Informada relativa ao Trabalho de Parto

A Organização Mundial de Saúde (2015, p. 11) diz-nos que “*em termos globais, os enfermeiros e os EEESMO constituem o maior grupo de profissionais de saúde em todos os países e são fundamentais para a prestação de cuidados de saúde de alta qualidade, com segurança, eficazes e eficientes*”. Algumas das áreas prioritárias das políticas de saúde impõem novos requisitos para as práticas avançadas de Enfermagem e de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OMS, 2015).

Enfermagem de Prática Avançada refere-se a uma maior competência para o desempenho e tomada de decisão, baseados em teorias de Enfermagem e centradas no diagnóstico e assistência dos seres humanos no âmbito das transições vividas (Paiva e Silva, 2007). Em Portugal, o enfermeiro de prática avançada de acordo com a entidade reguladora da profissão denomina-se por Enfermeiro Especialista. No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, a Ordem dos Enfermeiros (2011a, p. 2) refere que “*Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção*”.

É no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (RCEEEESMOG), que a Ordem dos Enfermeiros (2011b, p. 1) define o escopo da prática do EEESMOG: “*assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher*”. De acordo com a OMS, a escolha do EEESMOG representa melhor relação custo-eficácia, sendo este o cuidador mais apropriado em situações de gravidezes e partos de baixo risco (OMS, 1996). A mesma instância sublinha a sua competência referindo que “*Os (...) EEESMO*

desempenham um papel-chave e cada vez mais importante nos esforços que as sociedades desenvolvem para enfrentar os desafios da saúde pública e para prestar cuidados de saúde seguros (com padrões de segurança e eficiência), de elevada qualidade, eficazes e eficientes” (OMS, 2015, p.9).

Com o fim dos cursos de Parteiras, é o EEESMOG quem assume agora essa figura. A instância internacional que medeia a prática das parteiras, a International Confederation of Midwives (2013, p. 2) reconhece *“a parteira como um profissional responsável e competente, que trabalha em parceria com as mulheres para providenciar suporte, cuidado e aconselhamento, durante a gravidez, parto e período pós-parto (...). Este cuidado inclui medidas preventivas, promoção do parto e nascimento fisiológico e normal, deteção de complicações (...) e a execução de medidas de emergência”*.

Holvey (2014) considera que é papel da *midwife* advogar por aqueles que se encontram ao seu cuidado, o que envolve estar a par da pesquisa mais recente e das suas implicações para a prática. De acordo com Hotelling (2011, p. 163) os *“cuidados de maternidade baseados na evidência fazem uso da melhor pesquisa disponível sobre segurança e eficácia de práticas específicas, para ajudar a guiar decisões e promover resultados ótimos, para mães e recém-nascidos”*. Surge então o conceito de Prática Baseada na Evidência, que é definida como *“a integração da melhor evidência e perícia clínicas disponíveis e baseadas na pesquisa com as necessidades, valores e preferências do cliente, no desenvolvimento de um sistema de cuidados de qualidade”* (Iravani, Zarean, Janghorbani e Bahrani, 2015, p.16). Se na primeira definição se leva em conta apenas a disponibilidade de informação atual e cientificamente fundamentadas, a segunda demonstra-se inovadora, pois incorpora já a importância de olhar à particularidade daquele que é cuidado. Com efeito, a integração de ambos os domínios insere-se no paradigma de cuidados unanimemente aceite, na atualidade: o Cuidado Centrado no Cliente (CCC). De acordo com (Maputle e Donavon, 2013) este refere-se a um processo complexo, multidimensional e dinâmico de prestação de cuidados seguros e individualizados, que responde as necessidades físicas, emocionais, psicossociais e holísticas do cliente. As suas dimensões prendem-se com a presença, a oferta de suporte pessoal e perícia prática, enquanto habilitando o cliente para seguir o seu caminho, do modo que escolher (McCormack, 2003). O CCC tem como central a experiência que cada pessoa traz

para a situação de cuidados, também necessária para sustentar a tomada de decisão que melhor servirá o cliente (McCormack, 2003).

Especificamente no que respeita aos cuidados à mulher em TP, Maputle e Donavon (2013) adaptam o conceito de CCC para Cuidado Centrado na Mulher, cujos atributos são a participação mútua, a partilha de responsabilidade, o fornecimento de informação empoderadora, interdependência e colaboração, tomada de decisão participativa, comunicação e escuta, cuidados de enfermagem respeitosos, promoção da autodeterminação e autoconfiança, assim como a maximização do potencial humano. Esta interação depende da participação e colaboração interdependente de ambos os agentes, *midwife* e grávida (Maputle e Donavon, 2013).

Numa lógica de prestação de cuidados de Enfermagem diferenciados que sejam individualizados, compete ao EEESMOG esforçar-se para que a mulher desenvolva a confiança na sua capacidade para parir o seu bebé (Holvey, 2014). Isto pode ser feito através do encorajamento para seguir os seus instintos e através da dádiva de apoio reconfortante mas verdadeiro, ao mesmo tempo (Holvey, 2014). Numa sociedade cada vez mais ligada à tecnologia e ao virtual e cada vez mais desligada dos seus corpos (Casal-Moros e Alemany-Anchel, 2014), ajudar as mulheres a reconstruir as suas perceções sobre a sua capacidade de “dar à luz”, representa uma estratégia crítica na preservação da normalidade no parto (Toohill et al., 2014).

As parteiras e os obstetras, têm diferentes perspetivas sobre o parto (Burcher, 2016), perspetivas enraizadas desde a sua formação de base, motivo pelo qual atendem ao mesmo com diferentes posturas. Não obstante concordo com Holvey (2014) quando refere que as parteiras têm um papel privilegiado, suportando, advogando, protegendo e empoderando as mulheres quando se encontram mais vulneráveis, enquanto prestam cuidados seguros, que levam em conta as *guidelines* internacionais. De acordo com Toohill et al. (2014) a provisão de suporte emocional e educacional tem o potencial para reduzir intervenções (como a cesariana) e as consequências emocionais e psicológicas de um eventual parto traumático. Com efeito, alguns estudos demonstraram maiores níveis de satisfação e muito menor incidência de cesarianas, entre mulheres com gravidezes de baixo risco, cuidadas por parteiras (Burcher, 2016). Assim, podemos concluir que ajudar as mulheres a conseguir ter um parto

normal irá promover a qualidade de vida reprodutiva das mulheres e reduzir os custos dos cuidados de saúde (Toohill et al., 2014).

Mas de que forma pode o EEESMOG atuar para promover ganhos em saúde crescentes? Uma das estratégias centrais à sua prática prende-se então com o *empowerment* para a Tomada de Decisão Informada relativa ao TP.

De acordo com Holvey (2014) o ensino permite às mulheres situar-se em relação às suas aspirações e objetivos relativos ao parto e empodera-as para tomar decisões informadas. É pois, importante que as *“parteiras facilitem às parturientes a opção por determinadas preferências (p. ex: posição para parir, controlo da dor), envolvendo-as no cuidado e empoderando-as para que realizem as escolhas por si próprias”* (Anwar, Jan, Qureshi e Rattani, 2014).

Pereira et al., (2011) apontam como estratégias de enfermagem promotoras do *empowerment*: *“parceria de cuidados, relação de ajuda, capacitação, promoção da adesão, advocacy e Educação para a Saúde”*. Faz parte das competências do EEESMOG prestar cuidados de capacitação da grávida ou parturiente: *“H2.1.5. Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011b). É desejável e existe toda a vantagem que este trabalho de *empowerment* e capacitação tenha início durante a gravidez. Nolan (2009, p. 22) refere-nos que o facto de uma mulher *“não realizar educação pré-natal, vai fazer com que esta se aproxime do parto ignorante face ao que se aproxima, assustada e incapaz de realizar escolhas informadas face ao seu tratamento”*. O EEESMOG encontra-se numa posição privilegiada para tentar reverter esta situação, pelas suas características únicas de formação e proximidade com a comunidade. O seu trabalho não estará facilitado, pois *“o desfazamento entre a investigação científica e as práticas hospitalares atuais, pode levar alguns educadores a sentir-se pouco confortáveis, conter-se na informação, ou até na sua veracidade”* (Bingham, 2005, p. 43). No entanto, importa que eduquemos tendo em conta as práticas que são mais adequadas e cientificamente fundamentadas. Para isso, *“o profissional de saúde deve estar disposto a adotar novas ideias e caminhar junto com o movimento de humanização do cuidado ao parto, consciente de que as mulheres têm o seu acervo de conhecimentos e necessitam ser ouvidas”* (Sodré, Merighi e Bonadio, 2012, p.118).

Loureiro e Miranda (2010, p. 51) explicam que “o *empowerment* inclui variáveis [pessoais] como a motivação e o interesse, a autoestima, a autoeficácia, a capacidade crítica, a perceção de controlo e de intenções para agir”. Ao nível macro, a promoção da saúde não depende exclusivamente do prestador de cuidados mas antes emerge da interação entre políticas, interesses de entidades, cultura, valores do cliente, etc. (Cribb e Duncan, 2002). Com efeito, o objetivo do aconselhamento, ou da educação, é suportar o paciente para que este se sinta empoderado para realizar as escolhas de saúde que o mesmo deseje (Cribb e Duncan, 2002). Loureiro e Miranda (2010, p. 50) completam esta ideia, no sentido em que, “tendo em vista o *empowerment* e a conquista da autonomia, o papel do educador será essencialmente o de facilitador, o de catalisador de processos de reflexão crítica em que sejam questionados os dados no seu contexto, possibilitando a reconstrução do pensamento pelo próprio”.

Smith, Tang e Nutbeam (2006) afirmam que educação para a saúde não é o mesmo que informação para a saúde; certamente que a transmissão de informação correta é um parte da educação para a saúde, mas esta pressupõe também outros fatores que afetam os comportamentos saudáveis adotados pelo indivíduo, tais como: disponibilidade de recursos, efetividade na liderança da comunidade, apoio social pelos membros familiares e níveis de competências de autoajuda. Um exemplo de um modelo educacional para o parto é o de Lamaze International (2016) que empodera as mulheres para fazerem escolhas informadas sobre cuidados de saúde, responsabilizar-se pela sua saúde e confiar na sua capacidade inata para parir.

Ser um recurso para a mulher sem interferir com a sua sensação de controlo tem sido descrito como cultivador da sua autoconfiança (Lindgren e Erlandsson, 2010). Assim, impera que o EEESMOG intervenha de acordo com o seu raciocínio clínico, avaliando o bem-estar materno-fetal, e fazendo uso de diferentes estratégias para apoiar e empoderar a autonomia das mulheres, ajudando-as a tomar decisões informadas através do ensino (Holvey, 2014).

2 - PERCURSO DESENVOLVIDO DURANTE A UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO, DE ACORDO COM OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

No decorrer do 6º CMESMO, no âmbito na UC Opção, foi proposta a realização de um projeto norteador das aprendizagens a realizar na UC Estágio com Relatório. Elaborei então o Projeto de Estágio, sob orientação da Profª. Helena Bértolo, centrado na temática *“Cuidados do EEESMOG promotores do empowerment das mulheres direcionado para uma tomada de decisão informada relativa ao trabalho de parto”*, estabelecendo para esse efeito, um Objetivo Geral: *“Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/grávida, feto/RN e família em situação de necessidade de cuidados imediatos, com especial enfoque nas competências do EEESMOG no âmbito do empowerment direcionado para a tomada de decisão informada relativa ao trabalho de parto”* e três Objetivos Específicos.

O primeiro relaciona-se com a necessidade de *“desenvolver competências para prestar cuidados especializados, mobilizando conhecimentos emanados da teoria, que sustente uma prática baseada na evidência”* e será debatido no ponto 2.1. em que se fará uma breve descrição do contexto e sua equipa e posteriormente uma análise crítica das competências e aprendizagens desenvolvidas, durante a UC.

Com a finalidade de satisfazer o segundo e terceiro Objetivos Específicos, nomeadamente: *“Identificar a evidência científica, no âmbito do cuidado do EEESMO promotor do empowerment para a tomada de decisão direcionada para o trabalho de parto”* e *“Analisar criticamente as práticas promotoras do empowerment para a tomada de decisão direcionada para o trabalho de parto a nível institucional”*, foi realizada uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) e trabalho de campo ponto 2.2.1. A metodologia e discussão dos achados obtidos serão abordados no ponto 2.2.3. com o fim de identificar possíveis contributos para a prática. Finalmente, abordar-se-ão as questões éticas.

2.1 - Desenvolver competências de prestação de cuidados especializados baseados na evidência

De acordo com o Documento Orientador da UC Estágio com Relatório, este tinha como *“finalidade desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal”* (ESEL, 2016, p. 1).

A UC Estágio com Relatório teve início em contexto académico, tendo sido proporcionado uma semana em contexto de Prática Simulada de Alta Fidelidade. Posteriormente, a parte prática teve lugar num serviço de Bloco de Partos (BP) num Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) da área de Lisboa, ao longo de 17 semanas. Adicionalmente, na última semana de estágio, tive oportunidade de realizar uma experiência de observação participante num outro HAPD da mesma zona metropolitana, com a duração de uma semana.

2.1.1 - Caracterização do contexto

No HAPD onde se desenvolveu a esmagadora maioria do EC, o serviço onde tive oportunidade de desenvolver aprendizagens, engloba não só o BP, mas também o Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG), que compreende por 2 gabinetes de Enfermagem, 3 gabinetes médicos, 1 sala de Pequena Cirurgia e 1 WC. A maioria dos turnos teve lugar no BP pois o tipo de competências a desenvolver assim o exigiu. Este está fisicamente localizado 4 pisos acima do SUOG, é constituído por 4 salas de dilatação (com 6 camas), 3 salas de partos, 1 sala de prestação de cuidados a recém-nascidos, 1 bloco operatório e 1 sala de recobro (afeta ao bloco operatório).

A equipa de Enfermagem é mista, sendo que no mínimo, serão escalados dois EEESMO e dois Enfermeiros Generalistas para o BP, e um EEESMO e um Enfermeiro Generalista para o SUOG. A metodologia de trabalho adotada é em equipa. Relativamente à restante equipa multidisciplinar, esta é variada e dispõe de médicos anestesiastas e obstetras 24h/dia, duas/três assistentes operacionais por turno e administrativo.

Durante o desenvolvimento de aprendizagens práticas foi proporcionado o acompanhamento por duas EEESMO (uma em cada metade cronológica da UC), orientadoras do local, como figuras peritas promotoras de aprendizagens e facilitadoras da aquisição de competências.

2.1.2 - Descrição e análise das competências e aprendizagens desenvolvidas

Em Portugal, a missão do EEESMOG consiste em assumir “*no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher*” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, p. 1). Pressupõe-se que da sua prática resultem ganhos em saúde acrescidos para as populações, para que utentes e comunidades possam atingir potencial de saúde máximo. O International Confederation of Midwives (ICM, 2013, p. 2) reconhece “*a parteira como um profissional responsável e competente, que trabalha em parceria com as mulheres para providenciar suporte, cuidado e aconselhamento, durante a gravidez, parto e período pós-parto (...)*. Este cuidado compreende “*medidas preventivas, a promoção do parto/nascimento fisiológico, a deteção de complicações (...)* e a execução de medidas de emergência” (ICM, 2013, p. 2).

Durante o contacto que tive com os EEESMOG com que me cruzei, percebi que o EEESMOG é um profissional multifacetado, que através da riqueza de experiências, e também devido à diversidade na sua área de intervenção, acaba por desenvolver múltiplas competências. O EEESMOG é, na minha ótica, um enfermeiro seguro, com conhecimentos diferenciados, mas que também faz uso da sua intuição, fruto da sua experiência, tal como explica Patricia Benner (1984) quando refere que a aquisição de competências para uma excelência no cuidar, surge através de uma aprendizagem experiencial, onde se associa o conhecimento teórico e a prática profissional. De acordo com o modelo teórico de aquisição de competências da autora, o enfermeiro transita gradualmente ao longo de 5 níveis de competência, verificando-se uma evolução progressiva do seu desempenho: iniciado, iniciado

avanzado, competente, proficiente e perito, sendo que esta transição pressupõe a passagem pelos níveis prévios (Benner, 1984).

Apesar da minha experiência profissional prévia, o contacto com esta área de cuidados, teve início aquando do CMESMO, pelo que assumi um estatuto de iniciada, pois a integração de um novo serviço pode significar um reposicionamento a este nível, se os objetivos e os aspetos inerentes aos cuidados não forem familiares ao enfermeiro (Benner, 1984). As aprendizagens e competências desenvolvidas durante o Estágio com Relatório visaram reposicionar-me num melhor nível de perícia na prestação de cuidados à mulher em situação de trabalho de parto. Assim, pretende-se agora descrever e refletir essas aprendizagens e o trajeto percorrido.

O desenvolvimento das atividades e tarefas a levar a cabo na UC Estágio com Relatório (que foram previamente planeadas no Projeto de Estágio) será abordado neste capítulo. Importa referir que houve necessidade de realizar ajustes pontuais à realidade do contexto, sem prejuízo para a consecução do projeto e do próprio estágio.

Inicialmente foi desenvolvida uma integração em serviço, nomeadamente no que respeita às dinâmicas, à equipa de profissionais e ao espaço físico. Importava portanto compreender os circuitos efetuados pelas utentes após recorrerem ao hospital, fosse em caso de alta ou em caso de internamento nos serviços de Ginecologia, Medicina-Materno Fetal ou Bloco de Partos, o que me foi proporcionado através da experiência no SUOG, o serviço de partida das mesmas. Para além disso, os turnos passados no mesmo permitiram-me sedimentar competências de prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher não grávida, ao longo do seu ciclo reprodutivo, conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2011, p. 3) na competência “H1. *Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional*”. Procurando dar resposta às necessidades de aprendizagem relativas à competência “H2. *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal*” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b) aprendi a realizar triagem de acordo com a metodologia de Manchester, realizei avaliação de cervicometria bem como avaliação do bem-estar fetal e colaborei com as equipas de Enfermagem e médica na realização de uma Curetagem Uterina Evacuadora (CUE). Para além disso, colaborei no internamento de utentes nos serviços supracitados.

Não obstante, foi no serviço de Bloco de Partos onde tiveram lugar a maioria dos turnos, no sentido de desenvolver competências para melhor “H3. [Cuidar] *a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto*”. Uma vez admitida no serviço de Bloco de Partos, à mulher em trabalho de parto será realizado o acolhimento. Tive oportunidade de realizar entrevistas sensíveis ao momento em questão e estabelecer relações terapêuticas com a família e ou pessoa significativa, explicando as normas do serviço mas, acima de tudo, tentando tranquilizar o casal e diminuir a sua ansiedade, esclarecendo as suas dúvidas, demonstrando disponibilidade e respeitando a sua autonomia. Identifiquei-me sempre como estudante do CMESMO e fiz questão de escutar as mensagens que me eram endereçadas, respeitando a confiança que nos profissionais de saúde é depositada. A preocupação com o estabelecimento de uma relação de ajuda com o cliente, sempre foi uma constante da minha prática como enfermeira e verifiquei novamente em contexto de BP a sua importância e indispensabilidade. De acordo com Anderson e Kilpatrick (2012) demonstrar ao cliente que as suas preferências importam e reconhecer a sua competência para participar no processo decisional irá forjar uma conexão com a grávida que será promotora de autonomia e respeito mútuo.

Pude também, cuidar de mulheres com patologia associada à gravidez (fetal ou materna), hospitalizadas para vigilância ou em trabalho de parto. As patologias que mais frequentemente se verificaram foram a ameaça de parto pré-termo, pré-eclâmpsia, hipertensão arterial (crónica ou induzida pela gravidez), colestase gravídica, restrição de crescimento fetal entre outras, com uma grande predominância da diabetes gestacional, tipo I ou II. O acompanhamento de utentes com patologia revelou-se veículo de muitas aprendizagens pois a prestação de “H3.3. (...) *cuidados à mulher com patologia associada e ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto*” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8864) exige uma constante atualização de saberes. Importa referir que em contexto de BP, se trabalha em estreita colaboração com equipas médicas de obstetras, anestesia e neonatologia, pelo que todas as situações que extravasaram o escopo de atuação do EEESMOG foram referenciadas a outros profissionais de saúde, cumprindo assim o preconizado pela (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8864) “...referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” (OE, 2010, p.4) e “Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez e pós-aborto” (OE, 2010, p. 4) respetivamente.

Lothian (2006) explica que a perda de confiança de muitos no processo natural de parir contribuiu para a aceitação de um novo processo, altamente medicalizado, em contexto hospitalar. A autora (2006) refere ainda que se esperarmos complicações, a gestão do trabalho de parto torna-se muito diferente: segurança passa a significar procedimentos de rotina, no caso de surgir alguma complicação. Estes protocolos, frequentemente ditam intervenções de Enfermagem, que comprometem a autonomia do cliente e dão pouca atenção ao plano de parto e à prática baseada na evidência (Lothian, 2006). Pude constatar alguns exemplos: o microclister é oferecido por rotina; a todas as utentes internadas em trabalho de parto é restringida a ingesta de refeições sólidas, sendo oferecidos líquidos claros de 2/2h; a todas é puncionado um acesso venoso periférico sendo colocado um soro glicosado em perfusão; técnicas artificiais de aceleração do trabalho de parto são frequentes (amniotomia precoce e perfusão de ocitocina sintética); a FCF é vigiada continuamente, inclusivamente através uma central de Cardiotocografia e aparelhos sem fios; existe o protocolo de manter em repouso absoluto grávidas com rotura da bolsa de águas e a analgesia epidural é altamente recomendada pela equipa, chegando mesmo a ser frequentemente sugerida. Sodré, Merighi e Bonadio (2012, p. 116) alegam que uma *“prática excessiva de intervenções, desrespeita a fisiologia do parto e desvia o foco das necessidades da mulher, (...), pois deixa de ser centralizado na pessoa, com suas crenças e valores”*. A OMS (1996) reitera que no caso de partos normais, deve existir uma razão válida para interferir com o processo natural, pois *“até uma simples intervenção (como a restrição de alimentos e líquidos) pode perturbar o processo, gerando problemas que, por sua vez, precisarão de ser geridos com mais intervenção”* (Lothian, 2006, p.298). A OMS (1996) aponta outras desvantagens de rotineiramente se tratar todos os partos como sendo de risco, nomeadamente o aumento de custos seja financeiros, temporais, em formação de profissionais, ou em equipamento, mas principalmente, o facto de que mulheres e bebés podem ser seriamente prejudicados por práticas desnecessárias.

Acredito que a *“transformação de suas atitudes para agir de maneira ética e científica em favor do cuidado integral e focado nas necessidades da mulher e da sua família, e não na rotina hospitalar ou em seus próprios interesses”* (Sodré et al., 2012, pag. 118) seja, atualmente, um dos maiores desafios para os enfermeiros que trabalham neste contexto. Assim, tive o privilégio de testemunhar a imensa força de vontade da Equipa de Enfermagem em modificar o paradigma de cuidados no serviço. Verifiquei que o respeito pela privacidade

e pelas necessidades de suporte das parturientes era notável. O uso da música era frequente, tomando maior relevo em período expulsivo, a algaliação após técnica de analgesia sequencial é evitada e realizada de forma seletiva, a mobilidade/uso da bola de pilates é incentivado sempre que possível, o acompanhante era envolvido na relação cliente/profissional e a sua presença permitida, mesmo em partos vaginais distócicos. Estas mudanças revelam preocupação com o bem-estar das parturientes através da utilização de técnicas de alívio de dor e de relaxamento naturais, bem como estratégias para minimizar intervenções invasivas.

Por estes motivos, a mesma instância (1996) recomenda que o objetivo do cuidado na maternidade seja: alcançar mães e bebés saudáveis, com o mínimo de intervenção possível. Com efeito, estas indicações vão precisamente na direção do preconizado pela (Ordem dos Enfermeiros, 2011b) ao referir que o EEESMOG “H3. *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto (...), efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina*”.

Desde o primeiro parto em que estive presente, considerei essa possibilidade muito importante. A magia e a intensidade do momento em que uma vida é trazida ao mundo são quase palpáveis. Sinto-me verdadeiramente enriquecida por ter tido a oportunidade de participar em 47 nascimentos e partilhar de um momento tão íntimo e importante na vida daqueles casais. Por esse motivo, empenhei-me sempre em proporcionar à parturiente e seu acompanhante momentos o mais tranquilos possível, para que a memória que tivessem do nascimento do seu filho fosse também, a melhor possível. Nesse sentido, tive presente a importância de limitar o número de toques vaginais, pela invasão da privacidade da grávida e por se verificar motivador de ansiedade (APEO e FAME, 2009). Durante o período expulsivo, a mulher foi incentivada a iniciar esforços expulsivos apenas quando sentiu necessidade (OMS, 1996), mas na grande maioria dos casos, a posição adotada pela mulher em período expulsivo foi a de litotomia, com exceção para duas parturientes que se posicionaram em posição de litotomia modificada. No serviço, não existe a hipótese de parir noutras posições, contrariamente ao que é preconizado pelas organizações APEO e FAME (2009, p. 85): “*Está demonstrado que as posições verticais têm benefícios evidentes. Por isso, se a mulher prefere (...), dever-se-ia favorecer a posição vertical e evitar o uso da posição supina, particularmente a de litotomia*”.

Foi realizada sempre técnica de proteção do períneo, e em concordância com a orientadora tentei realizar episiotomias de forma seletiva, de acordo com o preconizado por Ayyad (2011) e com as conclusões de uma RSL levada a cabo pela Cochrane, que refere que uma política de realização de episiotomia restritiva, ao invés rotineira, resultou em menor incidência de traumas perineais, menos suturas e menos complicações cicatriciais, em número significativos (Carroli e Mignini, 2012). Da mesma forma, ofereci ao acompanhante e à parturiente a possibilidade de seccionar o cordão umbilical, após realizar frequentemente laqueação tardia, conforme suportado por outra RSL Cochrane: *“os benefícios neonatais sugeridos associados à transfusão placentar aumentada incluem concentrações de hemoglobina mais elevadas, reservas de ferro adicionais e menor incidência de anemia infantil, (...) melhor transição cardiopulmonar e maior duração da amamentação precoce”* (McDonald, Middleton, Dowswell e Morris, 2015, p.4). Tentei sempre promover o não afastamento do recém-nacido dos pais, assim como o contacto pele a pele entre a díade, pois acredito que *“mães e bebés têm uma necessidade fisiológica de estar juntos no momento do parto e durante as horas e dias que se seguem”* (Crenshaw, 2014, p.211). Ao contrário das práticas de não afastamento e de contacto pele a pele ininterrupto na primeira hora de vida, verifiquei que a amamentação na primeira hora de vida está bem sedimentada e é unânime entre todos os profissionais no contexto. Não obstante, a obliteração das mesmas, muitas vezes fruto do escasso número de enfermeiros disponíveis, pode prejudicar o estabelecimento da amamentação. Com efeito, verifica-se que os bebés a quem foi proporcionado contacto pele-a-pele precoce apresentaram maior probabilidade de estar a amamentar de forma exclusiva no momento da alta hospitalar, após a mesma e por longos períodos (Crenshaw, 2014).

Foram desenvolvidas competências relativas ao terceiro estágio do TP, no âmbito da dequitudadura, compreendendo observação rigorosa da placenta e membranas, assim como na avaliação da integridade do canal de parto. Posso destacar a aprendizagem da técnica de sutura como um dos maiores desafios neste Estágio com Relatório. Houve muita necessidade de treino e verifiquei que a evolução foi gradual mas considero essa intervenção superada com sucesso, na medida em que no final do Estágio me sentia já capaz de realizar a técnica com autonomia.

Sempre que não me foi possível partear, por diversos motivos, procurei ser responsável pela prestação dos primeiros cuidados ao RN, no âmbito da competência “H3.1. *Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina*” (OE 2011, p. 8664) . O desenvolvimento de competências para um cuidado diferenciado e especializado no apoio dos RN à adaptação à vida extrauterina e desvios à normalidade, foi preocupação constante, que se deveu ao fato de possuir experiência limitada. Assim, verificava todos os dispositivos da unidade para o acolhimento ao RN, procedi à secagem e estimulação tátil, avaliei o Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto de vida, administrei vitamina K por via IM e colírio de prevenção de infeção oftálmica conforme protocolo, colocava pulseira de identificação e de segurança e também colaborei com o pediatra em manobras de ressuscitação neonatal. Para além disso procedi frequentemente ao exame objetivo do RN, de forma a despistar precocemente alterações visíveis. Foi sempre minha preocupação, garantir que o RN estivesse afastado dos pais o mínimo de tempo possível, observando a interação entre a tríade e tentando despistar desajustes no processo de vinculação e de transição para a parentalidade, tal como preconizado pela OE (2011, p. 8664) “H3.1.4. *Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos*”. Para além da vigilância da interação entre a tríade, foi dada especial atenção à mãe, agora em fase de puerpério imediato (2 horas após a dequitação), que exigia uma vigilância veemente com o objetivo de promoção da sua saúde e prevenção de complicações no período pós-parto. Assim, direcionei as minhas aprendizagens no sentido do aumento da perícia na avaliação do bem-estar materno através de: avaliação de sinais vitais, globo de segurança de Pinard, perdas hemáticas e bem-estar mental/espiritual.

Segundo Levy e Bértolo (2008, p.8) “*as vantagens do aleitamento materno são múltiplas e já bastante reconhecidas, quer a curto, quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida*”. Por esse motivo, foi dada especial relevância à promoção do aleitamento materno, sobre a qual incidiu a tónica dos cuidados durante este período, de acordo com o preconizado pela OE (2011, p. 8664) “H3.1.5. *Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno*”. As únicas exceções que se verificaram foram em quatro partos (dois em gravidezes mal vigiadas, com desconhecimento das serologias do 3º trimestre, com suspensão da atitude após se verificar serologias negativas, outro em que a parturiente tinha diagnóstico de HIV e ainda outra

situação, em que se verificou, após o nascimento, a presença de *micrognathia* e fenda do palato, com indicação da pediatria para internamento e dieta zero da RN, até melhor esclarecimento da patologia). Assim, realizei educação para a saúde sobre a melhor forma de alimentar o RN, não através da dádiva indiscriminada de informação, mas antes incidindo em tópicos importantes, de forma concisa e incisiva, de acordo com as necessidades daquela família.

Foi meu objetivo oferecer à família, as ferramentas necessárias para cuidar de si própria, pelo que, para além de promover o seu empoderamento, tentei capacitá-los para serem participantes ativos durante o processo de recuperação e readaptação. Tendo isso em conta, ensinei sobre autocuidado materno (cuidados pós-parto, alterações fisiológicas, sinais e sintomas de alerta) comportamento do RN, adaptações relacionais do casal, entre outras, sublinhando a importância de recorrer ao seu EEESMOG de referência para auxílio na resolução de problemas, tão comuns e normais nesta fase puerperal.

Importa, por fim, referir que todos os registos foram efetuados em partograma, conforme protocolo do serviço.

2.1.3 - Análise do desenvolvimento da competência específica individual: promoção do empowerment para a tomada de decisão direcionada para o trabalho de parto

Todas as mulheres são diferentes e todas as mulheres vivem o parto de forma diferente. Para mim foi bastante enriquecedor estabelecer relações terapêuticas com as utentes, para melhor compreender as suas distintas formas de experienciar aquele momento. Existiam diferentes posturas no encarar da dor, diferentes níveis de desejo de intervenção, diversos níveis de entrega ao momento. As mulheres também se diferenciavam no grau de confiança nos profissionais, no grau de confiança em si mesmas e na sua capacidade de parir. Não obstante, adaptar-me a cada uma delas foi bastante fácil, na medida em que o respeito pela individualidade de cada uma proporcionava isso mesmo.

Logo que possível, questionava os casais sobre a existência de um plano de parto formal ou informal, procurando sempre obter consentimento informado para cada intervenção e tentando compreender quais os seus desejos e expectativas, prestando sempre cuidados na perspetiva de tentar não os defraudar. Apesar disso, por vezes verifiquei pouca abertura aos

planos de parto. Para além disso, constatei também que ocasionalmente, o direito à tomada de decisão autónoma das mulheres era colocado em causa, especialmente se a opinião das mesmas colidisse com a da equipa. De acordo com Lothian (2006) frequentemente surgem tensões entre parturientes e cuidadores, causadas por visões distintas sobre o nascimento, possibilidade de escolha, controlo e balanço do poder. A autora prossegue dizendo-nos que os planos de parto escritos são, muitas vezes, os únicos meios que as mulheres possuem para se proteger de rotinas prejudiciais em unidades com protocolos fixos, mas que infelizmente, as unidades onde os planos de parto são bem-vindos, são aqueles em que a cultura subjacente os torna menos necessários. Este é o caso do segundo hospital que visitei (durante uma semana), em que os planos de parto são enviados pelos casais, recebidos pelas EEESMOG e expostos, para que toda a equipa possa tomar conhecimento com antecedência, tal como explicitado pela (Ordem dos Enfermeiros, 2011b) que nos diz que o EEESMOG “H2.1.9. *Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão*”.

De acordo com Lindgren e Erlandsson (2010), dar instruções e assumir o comando quando necessário e ter um papel muito discreto quando a mulher está a comandar o seu processo de parto, pode ser o maior desafio para a parteira. Com efeito, tentei sempre oferecer o controlo à parturiente, reconhecendo os momentos em que a minha intervenção era mais necessária. A orientação por parte da parteira pode ser empoderadora se oferecida na altura adequada, pelo que é necessário que a relação entre as duas dite esse mesmo *timing* (Lindgren e Erlandsson, 2010). Efetivamente, cuidar em trabalho de parto é extremamente desafiante, especialmente se tivermos em conta que o imperativo ético da relação mulher-parteira chega a um crescendo durante o segundo estágio do TP, em que a mãe pode experimentar estados alternativos de consciência, e se encontra extraordinariamente vulnerável e sensível, o que requer um nível aprofundado de autoconhecimento e integridade por parte da parteira (Holvey, 2014). Deste modo, sublinha-se a importância de exponenciar a possibilidade da mulher e casal para crescer e se realizar, num dos momentos que será dos mais importantes nas suas vidas.

2.2 - Identificar a evidência científica e analisar criticamente as práticas do EEESMO promotoras do empowerment para a tomada de decisão direcionada para o trabalho de parto

Com a finalidade de obter a mais recente e válida informação científica que melhor me ajudasse a compreender a intervenção do EEESMOG, e de que forma este pode influenciar positivamente os cuidados às mulheres, realizei uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL), selecionando estudos qualitativos, por se coadunarem com o tipo de fenómeno a explorar. Segundo Munn, Tufanaru e Aromataris (2014, p.52) as *“revisões sistemáticas qualitativas visam aumentar o entendimento sobre uma ampla gama de questões que não são melhor [avaliados] de forma quantitativa. Exemplos dessas questões são: a forma como os indivíduos/comunidades percebem a sua saúde, como a gerem e tomam decisões relativas ao cuidado; a cultura de comunidades; e como os pacientes experimentam a saúde, a doença e o sistema de saúde”*. A RSL foi desenvolvida de acordo com o documento “Systematic Reviews, Step by Step” emanado pelo Instituto Joanna Briggs (Aromataris e Pearson, 2014).

2.2.1 - Metodologia

Inicialmente foi realizada uma Revisão Narrativa da Literatura para identificação primitiva da evidência disponível sobre a temática. Posteriormente, foi então formulada uma questão de investigação que se visou norteadora do percurso da RSL, de acordo com a mnemónica PICO, cujo acrónimo é formado por (P) População; (I) Fenómeno de Interesse; (Co) Contexto, adequado à abordagem de estudos qualitativos (Stern, Jordan e McArthur, 2014). Esta abordagem foi selecionada tendo em conta a natureza da questão de investigação, pois subentende-se que os estudos primários obtidos sejam de abordagem qualitativa. A questão delineada foi: *“Quais os cuidados do EEESMOG promotores do empowerment das mulheres direcionado para uma tomada de decisão informada relativa ao trabalho de parto?”* (vide Tabela 1).

Tabela 1 - Questão de Investigação de acordo com a mnemónica PICO

Participantes (P)	Mulheres parturientes
Fenómeno de Interesse (I)	Promoção do <i>empowerment</i> direcionado para uma tomada de decisão informada relativa trabalho de parto
Contexto (Co)	Contexto hospitalar ou comunitário

Para a operacionalização da RSL, foram definidos descritores referentes a cada palavra-chave, através de linguagem natural e indexada, conforme explicitado na Tabela 2.

Tabela 2 - Termos de Pesquisa Naturais e Indexados

	Termos naturais		Termos Indexados
Mulheres parturientes	Parturient; Woman; Mother; Parent; Pregnant	OR	<u>CINAHL</u> – Women; Mothers;
			<u>MEDLINE</u> – Women; Mothers; Maternal Behavior;
			AND
Trabalho de Parto	Normal childbirth; Delivery;	OR	<u>CINAHL</u> – Childbirth; Prepared childbirth; Childbirth Educators; Childbirth Education; Delivery, Obstetric
			<u>MEDLINE</u> - Natural Childbirth; Prenatal Education; Delivery, Obstetric
			AND
Empowerment	Power; Empower*	OR	<u>CINAHL</u> - Empowerment; Control;
			<u>MEDLINE</u> - Power Patient (Psychology); Participation
			AND
Tomada de decisão	Decision; Choice; Preferences;	OR	<u>CINAHL</u> - Decision making, patient; Consent; Consent (Research); Conflict of interest (Research);
			<u>MEDLINE</u> - Decision Making; Consent Forms; Informed Consent; Decision Theory; Choice Behavior
			AND
Cuidados do EEESMOG	Nurse; Registered Nurse; Care; Contributions; Interventions; Midwi*; Midwifery care; Certified Nurse Midwives; Delivery Care;	OR	<u>CINAHL</u> – Transcultural Care; Caring; Early Intervention; Nursing Interventions; Midwifery; Midwifery Service; Nurse Midwifery; Nurse-Midwifery Service; Students, Nurse Midwifery; Students, Midwifery; Research, Midwifery; Midwife attitudes; Nurse Midwives; Nurse attitudes;
			<u>MEDLINE</u> - Culturally Competent Care; Health

			Education; Early Intervention (Education); Advanced Practice Nursing; Midwifery; Nurse Midwives; Evidence-Based Nursing; Nurses, Community Health; Nurses
			AND
Contexto	Hospital; Delivery House; Maternity, Home	OR	<u>CINAHL</u> - Hospitals; Delivery rooms <u>MEDLINE</u> – Hospitals; Delivery rooms; Hospitals, Maternity

Relativamente ao desenho de estudo, foram incluídos os estudos encontrados com evidência científica obtida através de abordagem qualitativa. Na Tabela 3 explicitam-se os critérios de inclusão e exclusão definidos, com o objetivo de obter estudos válidos, primários e que respondessem à questão de investigação e aos objetivos da pesquisa.

Tabela 3 - Critérios de Inclusão e Exclusão

	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Tipos de estudos	Estudos Qualitativos	Estudos não primários. Estudos não científicos.
População	Mulheres grávidas ou parturientes	Mulheres não grávidas
Data de publicação	Artigos publicados desde Jan. 2010	Artigos prévios a Jan. 2010
Língua	Portuguesa, Inglesa e Espanhola	Todas as restantes

A pesquisa teve lugar entre abril de 2015 e julho de 2016, na plataforma de pesquisa EBSCO, envolvendo as bases de dados CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text e na plataforma da NCBI, envolvendo a base de dados da PubMed, onde os descritores foram combinados com os operadores booleanos OR (entre descritores referentes às mesmas palavras-chave) e AND (entre descritores referentes a diferentes palavras-chave). Foi também realizada pesquisa na biblioteca da ESEL. Foram considerados artigos nas línguas Portuguesa, Inglesa e Espanhola e excluídos todos os artigos prévios a 2010, numa tentativa de encontrar artigos os mais atuais possível.

Selecionaram-se os artigos progressivamente através da leitura do título, do resumo e do texto integral, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão supracitados, conforme está explicitado no Apêndice I. Foram então considerados 7 estudos para inclusão na RSL.

Após, prosseguiu-se para a avaliação da qualidade metodológica dos mesmos, que foi realizada de acordo com os instrumentos de avaliação crítica do JBI (vide Apêndice II), tendo-se verificado que 4 dos artigos cumpriam 9 em 10 parâmetros avaliados e os 3 restantes cumpriam 10 em 10 parâmetros avaliados. Assim sendo, os 7 artigos foram incluídos na RSL.

De seguida está representado o quadro resumo dos artigos selecionados, na Tabela 4.

Tabela 4 - Quadro resumo dos artigos incluídos na RSL

Título do Artigo/Identificação	Autores	Publicação /País/Ano	Fenómeno Interesse/ Objetivo	Participantes Contexto	Metodologia (tipo de estudo e análise de dados)	Principais Conclusões
1.Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers Doi:10.1155/2013/349124	Nilsson, Thorsell , Hertfelt Wahn e Ekström	Nursing Research and Practice/ Suécia/ 2013	Descrever as experiências vividas pelas mães primíparas e as suas reflexões sobre o seu parto.	14 puérperas de baixo risco, após alta hospitalar, no sudoeste da Suécia (de fevereiro a abril de 2008).	Estudo Qualitativo Análise de Conteúdo Latente	Os sentimentos de empoderamento das mulheres deveram-se à presença e à relação de confiança estabelecida com os profissionais e os parceiros. Se a mulher se sentisse empoderada, esta teria uma capacidade aumentada para sentir controlo, força corporal, satisfação e segurança, com o resultado de melhor gerir a dor. Um suporte desadequado por parte dos profissionais poderia levar a experiências de parto negativas, em que as mulheres se sentiram abandonadas, imobilizadas e não priorizadas pelos profissionais.
2.Women's needs and expectations during normal labor and delivery Doi: 10.4103/2277-9531.151885	Iravani, Zarean, Janghor Bani e Bahrami	Journal Of Education And Health Promotion/ Irão/2015	Explorar as necessidades, valores e preferências das parturientes iranianas durante o trabalho de parto e parto normal	24 puérperas de baixo-risco, antes da alta hospitalar, em três maternidades estatais de Isfahan.	Estudo Qualitativo, Desenho Exploratório Análise de Conteúdo convencional	Um componente comum à PBE e ao cuidado centrado na mulher são as suas preferências. A tentativa de incorporar as expectativas e preferências das mulheres no cuidado em enfermagem obstétrica requer uma intervenção multifacetada, que incorpore diversos tipos de profissionais de saúde. Existe uma necessidade de empoderar profissionais de saúde e as mulheres, para a obtenção de maior conhecimento sobre cuidado em obstetrícia, baseado nas necessidades das mulheres. Se as <i>midwives</i> explorarem e descobrirem as expectativas e necessidades das mulheres ao seu cuidado, podem encorajar a criação de expectativas sensatas, na esperança de que estas possam ser cumpridas. Desta forma as mulheres podem ser empoderadas para o parto normal.
3.Perinatal women's perceptions	Anwar, Jan, Qureshi	Midwifery/ Paquistão/ 2014	Explorar as experiências e perceções de	10 mulheres sem complicações	Estudo Qualitativo, Desenho	As mulheres cuidadas de acordo com o MLC revelaram satisfação com os cuidados prestados por <i>midwives</i> , nos períodos ante, intra e pós-parto. As utentes também

about midwifery led model of care in secondary care hospitals in Karachi, Pakistan Doi: 10.1016/j.midw.2013.10.020	e Rattani		mulheres paquistanesas cuidadas segundo o <i>Midwifery-Led Care Model (MLC)</i> . Identificar as vantagens, desvantagens e desafios do MLC.	médicas/obstétricas, que experimentaram o MLC, durante os períodos ante, intra e pós-parto (de abril a junho de 2012).	Descritivo Exploratório Análise de Conteúdo	manifestaram satisfação relativa ao conhecimento e às competências das <i>midwives</i> , sublinhando a importância da presença das mesmas e a continuidade de cuidado durante o nascimento. Para além disso expressaram satisfação por serem envolvidas na tomada de decisão relativa aos cuidados a si prestados, durante o trabalho de parto. As participantes classificaram o MLC como economicamente acessível, manifestando preocupação com o marketing do MLC, para torna-lo mais disponível para as mulheres no Paquistão.
4.O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal Doi: 10.9789/2175-5361.2014v6n3p1007	Melo, Vieira, Alves, Rodrigues, Leão, Asturian e da Silva	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental/Brasil/ 2014	Identificar, segundo a visão da mulher, as atitudes durante o TP, e a influência das orientações recebidas na atenção pré-natal; Investigar se essas atitudes foram influenciadas pelas orientações pré-natais.	10 mulheres primíparas, em puerpério imediato de parto eutócico, sem patologia e que realizaram seis consultas pré-natais.	Estudo Qualitativo, Desenho Descritivo Exploratório Análise de conteúdo, na modalidade de Análise temática	As atitudes frente a situações inesperadas e desconhecidas, que geralmente geram ansiedade, medo e desconforto, podem ser transmutadas em ações empoderadas, seguras e tranquilas, por meio de orientações esclarecedoras. A mulher em trabalho de parto e parto deve ser orientada e estimulada pelo profissional de saúde obstétrica, mas principalmente durante a atenção pré-natal por meio de ações educativas individuais e/ou coletivas sobre os possíveis acontecimentos e possibilidades do trabalho de parto e parto, para que a mesma seja sensibilizada a ter atitudes benéficas, coerentes, conscientes e empoderadas, minimizando sensações, sentimentos e ações negativas e de insatisfação desse momento único para o cidadão.
5. The woman's birth experience— The effect of interpersonal relationships and continuity of care Doi:10.1016/j.midw.2012.09.006	Dahlberg e Aune	Midwifery/ Escócia/ 2013	Adquirir um conhecimento aprofundado sobre como a continuidade relacional na gravidez pode influenciar as experiências de parto das mulheres	23 mulheres saudáveis, com bebés saudáveis, que experimentaram continuidade relacional nos períodos ante, intra e pós-parto (6 a 8	Método PQ (V2.11) (programa informático)	A continuidade relacional e a qualidade das relações estabelecidas entre as mulheres e as <i>midwives</i> são fatores-chave para uma experiência de parto positiva. O facto de a <i>midwife</i> estar ciente da importância da relação interpessoal tende a fortalecer a possibilidade de mutualidade e qualidade na relação. Através da continuidade relacional, podem-se criar confiança e previsibilidade mas também, permite à <i>midwife</i> abordar a mulher numa perspetiva holística, Assim é promovido bem-estar e o potencial para crescimento pessoal, para a mulher e seu parceiro, que promoverá, por sua vez, o <i>empowerment</i> para a família.

				semanas após o parto).		
6. Woman-centred care in childbirth: A concept analysis (Part 1) Doi: 10.4102/curationis.v36i1.49	Maputle e Donavon	Curationis/África do Sul/2013	Analisar o conceito de Cuidado Centrado na Mulher, em contexto de nascimento	24 mães e 12 <i>midwives</i>	Estudo Qualitativo, Indutivo Desenho Descritivo Exploratório Contextual Análise de conteúdo	A análise de conteúdo é uma parte importante do desenvolvimento do conhecimento. Os desafios nas maternidades exigem o uso de cuidado centrado na mulher, com a finalidade de facilitar e promover a colaboração mútua durante o nascimento, assim como uma relação a igualitária e respeitosa e também, parceria e cooperação na tomada de decisão, entre a mulher e a <i>midwife</i> .
7. Women's Experiences of Empowerment in a Planned Home Birth: A Swedish Population-based Study Doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00426.x	Lindgren e Erlandsson	Birth: Issues in Perinatal Care/Suécia/2010	Descrever os fatores experienciados como empoderadores durante um	735 mulheres que tiveram um ou mais partos domiciliares planeados, tendo as investigadoras recebido 1025 respostas ao questionário enviado com pergunta aberta	Estudo Qualitativo Análise de Conteúdo e Métodos Estatísticos descritivos	A orientação em TP por uma <i>midwife</i> pode ser empoderadora, assim como o suporte tácito, com ênfase para as formas mais subtis de suporte. As mulheres também valorizaram a presença e o envolvimento como empoderador, em detrimento das atividades que foram levadas a cabo. O sentimento de poder da mulher é proporcional à confiança na <i>midwife</i> . As mulheres encontram fontes de empoderamento dentro de si próprias, no seu ambiente, e através de apoio passivo e ativo pelas pessoas que escolheram para estar presentes no seu parto.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p. 32) “*a finalidade da pesquisa em Enfermagem é responder às questões ou solucionar os problemas de relevância para a profissão*”. Assim, com o intuito de enriquecer o trabalho, foi realizado registo e posterior análise de situações de interação, durante a prestação de cuidados, no âmbito do Estágio com Relatório. Procedeu-se então ao registo de situações de cuidados a mulheres em TP, durante o Estágio com Relatório. No decorrer da prestação de cuidados, foram feitas “*anotações de campo que registam as atividades, bem como as interpretações (...) sobre as atividades*” (LoBiondo-Wood e Haber, 2001, p. 55). Posteriormente, foram elaboradas notas de campo (Apêndice III), com a finalidade de documentar o descrito anteriormente, pois as “*anotações de campo, (...) pretendem pintar um quadro de uma situação social num sentido mais geral*” (LoBiondo-Wood e Haber, 2001, p. 55).

2.2.2 - Apresentação de Resultados da RSL

Aromataris e Pearson (2014) referem que as recomendações para a prática e implicações para futura pesquisa devem emanar dos resultados da RSL. Também para o tratamento dos dados se atuou conforme as *guidelines* do JBI, que referem que em “*revisões sistemáticas de dados qualitativos (textuais), os dados deverão ser organizados num metassíntese*” (Munn, Tufanaru e Aromataris, 2014, p.49).

A metassíntese pode ser definida como “*as teorias, grandes narrativas, generalizações, ou traduções interpretativas produzidas a partir da integração ou da comparação de resultados dos estudos qualitativos*” (Polit, Beck e Hungler, 2004, p. 138). Pode tomar a forma de meta-etnografia, um método de síntese de dados qualitativos que visa produzir novos conhecimentos teóricos, ou a forma de metassumário, o modelo adotado pelo JBI para a síntese de evidência qualitativa, que “*foi desenvolvido a fim de fornecer resultados sintetizados e facilmente utilizáveis para que suportem a tomada de decisões a nível clínico ou político*” (Munn et al., 2014, p.53). Os mesmos autores (2014, p.53) prosseguem ao referir que “*o objetivo da metassíntese através do metassumário é reunir os achados qualitativos, categorizar esses achados em grupos, de acordo com a sua similitude de significado e agrega-los para formar um conjunto de afirmações que representam adequadamente que a agregação*”.

Foram então lidos profundamente todos os artigos e foram agrupados os achados de acordo com Temas, Categorias e Sub-Categorias, conforme demonstrado na Tabela 5.

Tabela 5 - Categorias análise de conteúdo artigos

TEMA	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Competências da esfera relacional	Estabelecimento de Relação Terapêutica	Apoio Emocional
		Promoção do crescimento pessoal da parturiente
Competências da esfera da prática clínica	Educação para a Saúde	Ensino do indivíduo
		Ensino do grupo
		Motivação
	Cuidar a Mulher em TP	Respeito pelo processo fisiológico de TP
		Cuidado Centrado na Mulher
	Promoção do exercício do Consentimento Informado	Transferência do processo de TD
		Advocacia pela grávida
Competências da esfera científica	Prática baseada na Evidência	Desenvolvimento Pessoal/Profissional
		Contributo para os contextos

Relativamente aos dados colhidos em campo e no que à extração de dados diz respeito, fez-se uso da análise de conteúdo. De acordo com Mozzato e Grzybovski (2011, p. 734) “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”. Por seu turno, Vala (2014, p.104) considera que a finalidade desta técnica de tratamento de informação é “efetuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas”. Esta evidenciou-se então como a mais adequada à obtenção de respostas à pergunta de investigação colocada, inserida no âmbito da disciplina de cariz humano que é a Enfermagem.

Segundo Carmo e Ferreira (1998) é importante que as categorias definidas tenham características como a exaustividade, a exclusividade, objetividade e pertinência, sem no entanto serem em excessivo número e demasiado pormenorizadas, ou em número insuficiente e demasiado abrangentes, assim agruparam-se os achados obtidos de acordo com a sua significância e valor semântico, que se encontram representados na Tabela 6 - Categorias das NC. Para efeitos de operacionalização da discussão dos achados e compreensão das diferenças

e similitudes entre os dados obtidos do trabalho de campo e da análise dos artigos, optou-se por agrupar os dados de ambos em temas iguais e categorias o mais semelhantes possível.

Tabela 6 – Categorias das Notas de Campo

TEMA	CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Competências da esfera relacional	Estabelecimento de Relação Terapêutica	Apoio Emocional
		Promoção do crescimento pessoal da parturiente
Competências da esfera da prática clínica	Educação para a Saúde	Ensino
		Motivação
	Cuidar a Mulher em TP	Respeito pelo processo fisiológico de TP
		Cuidado Centrado na Mulher
Competências da esfera científica	Prática baseada na Evidência	Transferência do processo de TD
		Promoção da cultura de respeito pelo parto

2.2.3 - Discussão dos Achados

As descobertas de um estudo são os resultados, as conclusões, as interpretações, as recomendações, as generalizações e as implicações para pesquisa futura e a prática de enfermagem (LoBiondo-Wood e Haber, 2001). Estas *“recomendações fornecem ao consumidor sugestões quanto à aplicação do estudo à prática, teoria e pesquisa futura”* (LoBiondo-Wood e Haber, 2001, p.229).

Na tentativa de compreender quais os cuidados do EEESMOG promotores do *empowerment* das mulheres para uma tomada de decisão direcionada para o trabalho de parto, optamos por agrupar os achados de acordo com três competências que são características do EEESMOG. A ICM (2013, p.19) define as competências das *midwives* como uma *“combinação de conhecimento, comportamento profissional e habilidades¹ específicas que são demonstradas de acordo com um determinado nível de proficiência, no contexto de educação e prática das parteiras”* Assim, em cada Tema/Competência estão incluídas o grupo de cuidados do EEESMOG mais latos e compreensivos, identificados como Categorias. Incluídos nas Sub-Categorias encontram-se os cuidados mais minuciosos e específicos. Esta classificação foi escolhida para simplificar a compreensão. Importa, no entanto sublinhar que

¹ Tradução literal de “skills”

as competências do EEESMOG são dinâmicas e estão interrelacionadas entre si, pois para todos os efeitos os cuidados da esfera relacional e da esfera científica também se incluem no domínio da prática clínica.

Tema 1 - Competências da esfera relacional

Abordar-se-ão agora os cuidados relativos ao primeiro Tema: “Competências da esfera relacional”, que se encontram inseridos na categoria “**Estabelecimento de Relação Terapêutica**” definida por Kourkouta e Papathanasiou (2014) como um importante pré-requisito para a comunicação eficaz entre enfermeiro e utente, em que a primeira tem capacidade de colocar questões com gentileza e fornecer informação de uma forma não assustadora, mas antes interessada, promovendo sentimentos de aceitação, confiança e harmonia entre os interlocutores. Referências à importância do estabelecimento de uma relação terapêutica surgem nos artigos de Nilsson et al., Anwar et al., Melo et al., Dahlberg e Aune e Lindgren e Erlandsson.

“A experiência de parto positiva e o sentir-se empoderadas, deveu-se à presença e ao estabelecimento de uma relação de confiança com a midwife e o parceiro” (Nilsson et al., 2013, p. 4).

Verificaram-se também referências a componentes da relação terapêutica, nomeadamente o “Apoio Emocional” (Nilsson et al., Iravani et al., Dahlberg e Aune e Lindgren e Erlandsson), primeira sub-categoria dentro da qual foram incluídos outras componentes menos abrangentes da relação terapêutica, nomeadamente a empatia (Iravani et al., Anwar et al., Dahlberg e Aune e Maputle e Donavon), as competências comunicacionais (Iravani et al., Anwar et al., Melo et al. e Maputle e Donavon) e o toque (apropriado Lindgren e Erlandsson), entre outros. Dentro da mesma sub-categoria foi também sublinhada a importância da continuidade de cuidados pela mesma EEESMOG em TP (Anwar et al., Dahlberg e Aune e Lindgren e Erlandsson), o que demonstra a elevada relevância dada pelos estudos à manutenção de uma relação de ajuda, com um EEESMOG de referência, ao longo do processo de TP. No que ao trabalho de campo diz respeito e referindo-nos à mesma sub-categoria, podemos compreender que está presente nas NC1, NC2, NC4 e NC6, mantendo-se as referências à empatia (NC1, NC2 e NC6) e ao toque apropriado (NC6).

De acordo com o postulado por Dahlberg e Aune (2013) no forjar de uma relação de proximidade com a mulher, o EEESMOG tem a competência para motivar e promover o crescimento pessoal, pois é através do sentirem-se livres, confiantes e capazes que as mulheres melhor gerem o processo de TP. Assim, surge a segunda sub-categoria, “Promoção do crescimento pessoal da parturiente” (Dahlberg e Aune) em que, verificámos que os estudos foram unânimes, fazendo todos referência a esta necessidade de atenção por parte do EEESMOG, fosse na forma de incentivo ao autoconhecimento (Nilsson et al.), fosse na promoção da autoconfiança e da autoestima (Melo et al., Maputle e Donavon e Lindgren e Erlandsson) fosse pela promoção da presença do acompanhante (Nilsson et al., Iravani et al., Dahlberg e Aune, Maputle e Donavon e Lindgren e Erlandsson)

“a continuidade de cuidados e o favorecimento do crescimento pessoal relacionados com o parto, promovem empowerment, tanto para a mulher como para o seu parceiro” (Dahlberg e Aune, 2013, p. 407).

Na mesma sub-categoria, já no âmbito dos dados recolhidos em campo, verificou-se também uma grande relevância neste cuidado (Iravani et al., Anwar et al. e Maputle e Donavon), assim como no incentivo ao autoconhecimento (NC2).

Tema 2 - Competências da esfera da prestação dos cuidados

No segundo tema “Competências da esfera da prática clínica” foram identificadas três categorias, sendo que a primeira se denomina por “**Educação para a Saúde**”, à qual é feita referência direta nos estudos Nilsson et al., Iravani et al., Anwar et al. e Melo et al., um cuidado de relevo na prática do EEESMOG, tal como já foi referido no enquadramento teórico.

“as atitudes frente às situações inesperadas e desconhecidas, que geralmente geram ansiedade, medo e desconforto, por meio de orientações esclarecedoras podem ser transmutadas em ações empoderadas, seguras e tranquilas” (Melo et al., 2014, p. 1018).

Se em trabalho de campo existe referência apenas ao ensino (incluindo a avaliação das necessidades educacionais) nas NC1, NC2, NC3, NC4 e NC5 e à motivação (NC4 e NC5), na RSL compreendeu-se que o EEESMOG presta cuidados de Ensino ao indivíduo

(grávida/família) e ao grupo. Nos cuidados de Ensino ao indivíduo, a literatura dá especial relevância à preparação psicoemocional e física (Melo et al.), ao esclarecimento de dúvidas (Melo et al.) e à explicação sobre a evolução do TP (Iravani et al., Anwar et al., Maputle e Donavon e Lindgren e Erlandsson), ao passo que nos cuidados de Ensino ao grupo incide sobretudo na realização de Curso de Preparação para o Nascimento (Melo et al.). De referir ainda que a literatura sublinha também o papel motivacional do EEESMOG, através do incentivo à participação ativa (Nilsson et al., Iravani et al., Melo et al. e Lindgren e Erlandsson) e da promoção da autoeficácia (Iravani et al., Anwar et al., Maputle e Donavon e Lindgren e Erlandsson).

Transitamos agora para a segunda categoria do segundo tema: “**Cuidar a mulher em TP**”, que abarca duas sub-categorias. A primeira “Respeito pelo processo fisiológico de TP”, é abordada diretamente nos estudos (Anwar et al. e Dahlberg e Aune). A advocacia pelo parto e nascimento normais e fisiológicos para a promoção dos melhores *outcomes* materno-infantis, é um dos conceitos centrais à prática do EEESMOG (ICM, 2013). Este respeito pelo parto como um fenómeno normal e fisiológico exige do EEESMOG à partida uma presença (Nilsson et al., Iravani et al., Anwar et al., Dahlberg e Aune e Lindgren e Erlandsson) junto da mulher que cuida, não só pelos sentimentos de segurança (Iravani et al., Anwar et al. e Lindgren e Erlandsson) que inspira na grávida mas também pelo suporte (Nilsson et al., Iravani et al., Anwar et al., Melo et al. e Lindgren e Erlandsson) que lhe dá, ao longo do TP e pela vigilância de bem-estar materno-fetal (Anwar et al.) que realiza. Para além disso, dentro da mesma sub-categoria, foram identificados cuidados no âmbito da Minimização de intervenções desnecessárias (Iravani et al. e Anwar et al.) e da promoção do conforto físico (Iravani et al. e Anwar et al.), do uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor (Iravani et al., Anwar et al. e Melo et al.) e de posições alternativas/mobilidade (Iravani et al.). Os cuidados identificados em trabalho de campo nesta sub-categoria incidem sobretudo na vigilância de Bem-estar materno-fetal (NC2, NC3, NC4, NC5 e NC6) e na promoção do conforto (NC2, NC4, NC5 e NC6), existindo referências também à presença do EEESMOG (NC2, NC4 e NC5) e à promoção de métodos não farmacológicos de alívio da dor (NC4 e NC5).

Relativamente à segunda sub-categoria “Cuidado Centrado na Mulher”, verificou-se a sua grande preponderância no trabalho de campo, nomeadamente nas NC2, NC3, NC4, NC5 e

NC6. Os estudos são concordantes (Nilsson et al., Iravani et al., Anwar et al., Melo et al. e Dahlberg e Aune), sublinhando o Cuidado Holístico (Dahlberg e Aune, Maputle e Donavon e Lindgren e Erlandsson), o envolvimento da mulher no cuidado (Iravani et al. Anwar et al. e Maputle e Donavon) e o cuidar de acordo com as suas preferências (Maputle e Donavon) como sendo relevantes.

Ainda no âmbito do segundo tema, resta-nos abordar a categoria “**Promoção do exercício do Consentimento Informado**”. Em trabalho de campo, foi identificada uma sub-categoria, “Transferência do processo de tomada de decisão (TD)”, mencionado em todas as Notas de Campo. Na execução da RSL, identificaram-se dimensões desse cuidado, nomeadamente a promoção da autonomia e autodeterminação (Maputle e Donavon) e sensação de controlo pela parturiente (Anwar et al., Maputle e Donavon, Lindgren e Erlandsson), bem como o seu envolvimento no processo de TD (Anwar et al.).

“as mulheres foram empoderadas pela parteira para realizar decisões em segurança e isso ajudou-as a lidar com as dores. Para além disso, o envolvimento contínuo das mulheres nos cuidados relacionados com o seu parto ajudou-as a minimizar o seu medo do desconhecido”
(Anwar et al., 2014, p.86)

Para além dessa, foi identificada a sub-categoria “advocacia pela grávida” (Iravani et al.), como uma das preocupações centrais das midwives (ICM, 2013), que compreende o respeito pela sua pessoa, pelas suas escolhas e pelo seu contexto sócio-cultural (Iravani et al., Anwar et al. e Maputle e Donavon).

Tema 3 - Competências da esfera científica

Finalmente surge o terceiro tema “Competências da esfera científica”, em cujo domínio foi apenas indicada uma categoria: “**Prática baseada na Evidência**” referida diretamente nos estudos de Nilsson et al., Iravani et al. e Anwar et al. A primeira sub-categoria emanada da análise dos artigos diz respeito ao “Desenvolvimento Pessoal/Profissional” do EESMOG compreendendo uma evolução em competência diferenciada e em perícia (Dahlberg e Aune) e realização de Investigação Científica (Nilsson et al.). Em trabalho de campo, identificou-se a importância da Formação contínua individual (NC6). Na segunda sub-categoria, “Contributo

para os contextos”, verificaram-se a necessidade de uma promoção da cultura de respeito pelo parto (Nilsson et al., Anwar et al. e Maputle e Donavon), e a formação contínua dos pares (Nilsson et al.).

“existe uma necessidade empoderar os profissionais de saúde (...) para um conhecimento diferenciado, que seja baseado nas necessidades das mulheres ao seu cuidado” (Iravani et al., 2015, p. 37).

De forma semelhante, em trabalho de campo fez-se referência à promoção da cultura de respeito pelo parto (NC6) e à formação contínua dos pares (NC6), assim como à articulação com a equipa multidisciplinar (NC1, NC3 e NC5).

2.3 – Conclusão

Pôde-se compreender que os cuidados promotores do *empowerment* da mulher para uma tomada de decisão informada sobre o trabalho de parto identificados na literatura foram, de forma geral, muito idênticos aos identificados pelo trabalho de campo. Na análise dos achados obtidos, identificaram-se três temas nomeadamente: Competências da esfera *relacional*, Competências da esfera da *prática clínica* e Competências da esfera *científica*.

Assim, conclui-se que as intervenções levadas a cabo pelos EEESMOG com o propósito acima referido estão intimamente ligadas com componentes tão íntimos e característicos à profissão, que são indissociáveis da mesma. Ou seja, é conceptualmente impossível que a prática da profissão se coadune com a não existência de uma relação terapêutica entre cuidador e cuidado, é impossível que o EEESMOG não olhe a pessoa de forma holística e cuide com todo o respeito pela condição de ser humano e particularidades que compõem cada pessoa, fazendo uso da melhor evidência científica possível.

Não obstante, existem inúmeros constrangimentos à prática da Enfermagem (e Enfermagem de Prática Avançada) que condicionam diariamente a prática dos cuidados e é também por esse motivo que a investigação faz sentido, pois é através da mesma que se reconstruem as práticas e se evoluiu. Este é um dos principais desafios que se coloca ao

EEESMOG: investigar para melhorar as práticas e inspirar-se na praxis diária para guiar a pesquisa.

2.4 - Considerações éticas

Tom Beauchamp e James Childress, consideraram quatro princípios éticos: da autonomia, da beneficência, de não maleficência e da justiça (Beauchamp e Childress, 2011), que se procurou respeitar durante o decorrer do Estágio com Relatório e ao longo da realização deste Relatório. Da mesma forma, houve uma preocupação com os princípios ético-morais postulados no Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE), pois é indispensável que “*as intervenções de enfermagem [sejam] realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro*” (artigo 84.º do CDE da OE, 2015).

Como já foi referido previamente, este trabalho encontra-se subordinado ao tema da promoção do *empowerment* da mulher para uma tomada de decisão informada sobre o trabalho de parto. Tendo isso em conta e no âmbito do respeito pelo Artigo 105.º - Do dever de informação, tentei sempre exponenciar o direito das grávidas e família a ser olhadas na sua condição de pessoa. O direito ao exercício do consentimento informado foi uma constante na prestação e cuidados, assim como a recusa informada e o direito à privacidade e confidencialidade “*Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado*” (OE, 2015). Igualmente, fiz questão de incluir na minha prática diária momentos de capacitação e advocacia pelas utentes em TP, por forma a “*Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem*” (OE, 2015) e “*Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem*” (OE, 2015). Ainda numa lógica de *empowerment*, fiz por “*Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter*” (OE, 2015).

Na elaboração do Relatório, cumpriu-se o postulado pela alínea d) do artigo 106º do CDE: “Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depois desta “viagem” de dois anos de CMESMO, com especial relevância para o Estágio com Relatório, olho para trás e relembro o investimento pessoal e emocional que realizei. Mesmo depois de todo o esforço e sacrifício, o sentimento que me preenche é apenas de júbilo e felicidade. Durante este tempo descobri um apreço que não tinha pela minha profissão, descobri novas formas de a explorar e praticar. Aprendi a ser criativa no meu processo educacional, mas também na prestação de cuidados do dia-a-dia. Desenvolvi competências de reflexão, li muito e sou, agora, capaz de interpretar um documento com um espírito crítico que não possuía antes. Com efeito, verifico o quão cresci, o quanto evolui. Sou uma pessoa nova e diferente desde o primeiro dia. Acima de tudo, sou uma Enfermeira nova, uma Enfermeira melhor e infinitamente melhor preparada.

Para cuidar o espírito, é necessário compreender as ideias do cliente sobre o significado da vida, a sua expressão de amor, o que os maravilha, bem como as suas experiências com transcendência e as suas fontes de perdão (Narayanasamy et al., 2004). Não será surpresa que o cuidado da mulher a viver uma experiência tão marcante e espiritual como o parto exija do EEESMOG a contemplação destas mesmas ideias. Para responder a estas necessidades, o cuidado centrado na mulher é a chave. Participação mútua, responsabilidade partilhada, partilha de informação sem viés e empoderadora e promoção da tomada de decisão informada irá, em última instância, promover a autonomia materna e a sua noção de autoeficácia (Maputle e Donavon, 2013).

Na atualidade, segundo Lothian (2008) os educadores para o nascimento são hoje cada vez mais desafiados a desempenhar um papel decisivo para a mudança. As mulheres poderão ser melhor capacitadas se o EEESMOG educar sobre gravidez, trabalho de parto e parto, direitos legais e diferentes possibilidades de cuidados, promovendo o seu *empowerment* para que, mais facilmente, possam experienciar e viver o tipo de parto/nascimento que desejam (Fahy, 2002).

Em última instância importa reter que “o *empowerment em todas as suas dimensões, é contagioso. Uma parteira empoderada leva a mulheres empoderadas*” (Holvey, 2014, p. 186). Assim, no que aos cuidados à mulher em TP dizem respeito, “o *principal desafio dos profissionais está na transformação de suas atitudes para agir de maneira ética e científica em favor do cuidado integral e focado nas necessidades da mulher e da sua família, e não na rotina hospitalar ou em seus próprios interesses*” (Sodré et al., 2012, p. 118). Para além disso, importa cada vez mais que todos os profissionais que atendem ao parto, falem a mesma língua e cheguem a um entendimento que vise beneficiar as utentes. Talvez o meio mais importante para abordar o aumento da procura de cuidados de saúde das mulheres será o desenvolvimento de modelos de práticas colaborativas (Burcher, 2016). Redesenhar a prestação de cuidados para modelos integrativos multidisciplinares possibilitará cuidados em equipa mais compreensivos e de qualidade (Burcher, 2016).

O movimento de *empowerment* das mulheres continua a fazer sentido. É necessário que as mulheres reconheçam o poder do seu corpo, é necessário que adquiram informação relevante e aprendam a fazer escolhas que se coadunem com as suas crenças e valores. É importante que vivam a sua vida em consciência, sem pedir desculpas. Na verdade, “a *escolha informada no parto depende de mudanças no modelo de cuidado da gestante, que está em processo de construção. Para tanto, faz-se necessário profissionais sensibilizados, [que façam] uso apropriado da tecnologia e do holístico, que individualiza o cuidado e entende o parto como um evento biológico, social, cultural, sexual e espiritual*” (Sodré et al., 2012, p. 116). E é exatamente isso que tenciono fazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, C. J. e Kilpatrick, C. (2012). Supporting patients' birth plans: theories, strategies & implications for nurses. *Nursing For Women's Health*, 16(3), 210–218. JOUR. <http://doi.org/10.1111/j.1751-486X.2012.01732.x>
- Anwar, S., Jan, R., Qureshi, R. N., e Rattani, S. (2014). Perinatal women's perceptions about midwifery led model of care in secondary care hospitals in Karachi, Pakistan. *Midwifery*, 30(3), e79–90 1p. JOUR. <http://doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.020>
- APEO e FAME. (2009). *Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso*. Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Aromataris, E., e Pearson, A. (2014). The systematic review: an overview. *The American Journal Of Nursing*, 114(3), 53–58. JOUR. <http://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000444496.24228.2c>
- Ayyad, I. (2011). Selective or Routine Episiotomy? *Middle East Journal of Internal Medicine*, 4(4), 35–38. JOUR. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=69883085&site=ehost-live>
- Beauchamp, T. L., e Childress, J. F. (2011). *Princípios de Ética Biomédica*. São Paulo: Edições Loyola Jesuítas.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert*. California: Addison-Wesley.
- Burcher, P. (2016). Interprofessional Training : Not Optional in Good Medical Education. *AMA Journal of Ethics®*, 18(Number 9: October), 898–902. <http://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.9.ecas2-1609>
- Campos, D. C. F. de, e Graveto, J. M. G. do N. (2009). Papel Do Enfermeiro E Envolvimento Do Cliente No Processo De Tomada De Decisão, 17(6).
- Carmo, H., e Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carroli, G., e Mignini, L. (2012). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11). JOUR. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=chh&AN=CD000081&site=ehost-live>

- Carvalho, A. de S., e Carvalho, G. S. de. (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Casal-Moros, N., e Alemany-Anchel, M. A. J. (2014). Symbolic violence in childbirth attention, an approach from Boudieu's perspective. *Index de Enfermería*, 23(1/2), 61–64 4p. JOUR. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=107831825&site=ehost-live>
- Comissão das Comunidades Europeias. Combate à discriminação e igualdade de oportunidades para todos – Uma estratégia-quadro (2005). Retrieved from <http://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2013/12/03.pdf>
- Comissão das Comunidades Europeias. Roteiro para a igualdade entre homens e mulheres (2006). Retrieved from http://www.cite.gov.pt/imgs/instrumcomunit/Roteiro_igualdade_homens_mulheres_2006_2010.pdf
- Comissão Europeia. (2010). *A Strengthened Commitment to Equality between Women and Men - A Women's Charter*. Brussels. Retrieved from http://ec.europa.eu/archives/commission_2010-2014/president/news/documents/pdf/20100305_1_en.pdf
- Comissão Europeia. (2011). *Strategy for equality between women and men 2010-2015*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Retrieved from http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/strategy_equality_women_men_en.pdf
- Crenshaw, J. T. (2014). Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together—It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. *Journal of Perinatal Education*, 23(4), 211–217. JOUR. <http://doi.org/10.1891/1058-1243.23.4.211>
- Cribb, A., e Duncan, P. (2002). *Health Promotion and Professional Ethics*. Cornwall: Blackwell Science Ltd.
- Dahlberg, U., e Aune, I. (2013). The woman's birth experience---the effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, 29(4), 407–415. Journal Article, Research Support, Non-U.S. Gov't. <http://doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>
- Enfermeiros, O. dos. Código Deontológico dos Enfermeiros, Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro (2009). Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Código+Deontológico>

- ESEL. (2016). *Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório*. Lisboa.
- Fahy, K. (2002). Reflecting on Practice To Women: Using Foucault's Concepts. *AUSTRALIAN COLLEGE OF MIDWIVES INCORPORATED*, 15(1).
- Giddens, A. (2008). *Sociologia* (6^a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Holvey, N. (2014). Supporting women in the second stage of labour. *British Journal of Midwifery*, 22(3), 182–186. JOUR. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2012500874&site=ehost-live>
- Hotelling, B. A. (2011). Teaching in a patient-centered medical home. *The Journal Of Perinatal Education*, 20(3), 163–165. JOUR. <http://doi.org/10.1891/1058-1243.20.3.163>
- International Confederation of Midwives. Essential competencies for basic midwifery practice (2013). Retrieved from <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM Essential Competencies for Basic Midwifery Practice 2010, revised 2013.pdf>
- Iravani, M., Zarean, E., Janghorbani, M., e Bahrami, M. (2015). Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *Journal Of Education And Health Promotion*, 4, 6. JOUR. <http://doi.org/10.4103/2277-9531.151885>
- Kérouac, S. (1996). *El pensamiento enfermero*. (S. L. Elsevier Doyma, Ed.). Barcelona: MASSON. Retrieved from <https://books.google.pt/books?id=fEYop7piOTkC&printsec=frontcover&dq=suzane+kerouac+el+pensamiento&hl=pt-PT&sa=X&ei=7HXGVMzXH8nvUtvjgdAL&ved=0CCEQ6wEwAA#v=onepage&q=suzane kerouac el pensamiento&f=false>
- Kolovos, P., Kaitelidou, D., Lemonidou, C., Sachlas, A., e Sourtzi, P. (2015). Patient Participation in Decision Making During Nursing Care in Greece-A Comparative Study. *Nursing Forum*, 50(3), 147–157. JOUR. <http://doi.org/10.1111/nuf.12089>
- Kourkouta, L., e Papathanasiou, I. V. (2014). Communication in Nursing Practice. *Materia Socio-Medica*, 26(1), 65–67. JOUR. <http://doi.org/10.5455/msm.2014.26.65-67>
- Kuokkanen, L., e Leino-Kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 235–241. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01241.x>
- Lamaze International. (2016). Fundamentals for Birth. Retrieved September 20, 2016, from <http://www.lamaze.org/p/cm/ld/fid=66>

- Laverack, G. (2004). *Promoção de Saúde - Poder e empoderamento*. Loures: LUSODIDACTA.
- Leite, L. (Coord. . (2012). Pelo direito ao parto normal - uma visão partilhada. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Livro_Partido_Normal.pdf
- Levy, L., e Bértolo, H. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. (Comité Português para a UNICEF, Ed.). Lisboa: Gráfica Maiadouro.
- Lindgren, H., e Erlandsson, K. (2010). Women's Experiences of Empowerment in a Planned Home Birth: A Swedish Population-based Study. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 37(4), 309–317. JOUR. <http://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00426.x>
- LoBiondo-Wood, G., e Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem - Métodos, Crítica e Utilização* (4ª edição). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Lothian, J. (2006). Birth plans: the good, the bad, and the future. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(2), 295–303 9p. JOUR. <http://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x>
- Lothian, J. a. (2008). Childbirth Education at the Crossroads. *The Journal of Perinatal Education*, 17(2), 45–49. <http://doi.org/10.1624/105812408X298381>
- Loureiro, I., e Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde: dos fundamentos à acção*. (Edições Almedina, Ed.). Coimbra.
- Maputle, M. S., e Donavon, H. (2013). Woman-centred care in childbirth: A concept analysis (Part 1). *Curationis*, 36(1), 1–8 8p. JOUR. <http://doi.org/10.4102/curaionis.v36i1.49>
- Maputle S., M., e Donavon, H. (2013). Woman-centred care in childbirth: A concept analysis (Part 1). *Curationis*, 36(1), 1–8. JOUR. <http://doi.org/10.4102/curaionis.v36i1.49>
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 202–209. <http://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2003.00423.x>
- McDonald, S., Middleton, P., Dowswell, T., e Morris, P. (2015). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). JOUR. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=chh&AN=CD004074&site=ehost-live>
- Meleis, A. I. (1991). *Theoretical nursing : development and progress* (2 nd). Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Melo, K. de L., Vieira, B. D. G., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Leão, D. C. M. R., e da

- Silva, L. A. (2014). The behavior expressed by the parturient during birth: the reflections of prenatal care. *Revista de Pesquisa: Cuidado É Fundamental*, 6(3), 1007–1020 14p. JOUR. <http://doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n3p1007>
- Mitcheson, J., e Cowley, S. (2003). Empowerment or control? An analysis of the extent to which client participation is enabled during health visitor/client interactions using a structured health needs assessment tool. *International Journal of Nursing Studies*, 40(4), 413. JOUR. Retrieved from [http://10.1016/S0020-7489\(02\)00107-4](http://10.1016/S0020-7489(02)00107-4)
- Mozzato, A. R., e Grzybovski, D. (2011). Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios . *Revista de Administração Contemporânea* . JOUR , scielo .
- Munn, Z., Tufanaru, C., e Aromataris, E. (2014). Data Extraction and Synthesis. *AJN*, 114(7), 49–54.
- Narayanasamy, A., Clissett, P., Parumal, L., Thompson, D., Annasamy, S., e Edge, R. (2004). Responses to the spiritual needs of older people. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 6–16. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03163.x>
- Nilsson, L., Thorsell, T., Wahn, E. H., e Ekström, A. (2013). Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing Research And Practice*, 2013, 349124. JOUR. <http://doi.org/10.1155/2013/349124>
- Nolan, M. L. (2009). Information giving and education in pregnancy: a review of qualitative studies. *The Journal of Perinatal Education : An ASPO/Lamaze Publication*, 18(4), 21–30. <http://doi.org/10.1624/105812409X474681>
- OMS. (1996). Care in Normal Birth a practice guide. Geneva. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf \n <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental). -, 1–4. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, Pub. L. No. N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011 (2011). Portugal: Diário da República 2ª série. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, Pub. L. No. Regulamento ° 127/2011 (2011). Portugal: Diário da República 2ª série.
- Ordem dos Enfermeiros. Código Deontológico, Pub. L. No. Estatuto da OE (2015). Portugal. Retrieved from <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Orientações estratégicas europeias para o fortalecimento da Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em relação às metas de Saúde 2020* (1ª). Copenhaga: WHO Regional Office for Europe.
- Paiva e Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1–2), 11–20.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., e Parsons, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice* (Fifth Edit). New Jersey: Pearson Education.
- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M., e Fernandes, O. (2011). Empowerment: Modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing*, 267, 8–15.
- Polit, D. F., Beck, C. T., e Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (5ª edição). São Paulo: Artmed Editora S.A.
- Posner, G. D., Dy, J., Black, A. Y., e Jones, G. D. (2014). *Trabalho de Parto & Parto*. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda.
- Shearer, N. C. (2009). Health Empowerment Theory as a Guide for Practice. *Geriatric Nursing*, 30(2 Suppl), 4–10. <http://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2009.02.003>
- Skolnick, A. S., e Skolnick, J. H. (2010). *Family in Transition* (5th ed). Boston: Pearson.
- Smith, B. J., Tang, K. C., e Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*, 21(4), 340–345. JOUR. <http://doi.org/10.1093/heapro/dal033>
- Sodré, T. M., Merighi, M. A. B., e Bonadio, I. C. (2012). Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. *Ciencia, Cuidado E Saude*, 11, 115–120. JOUR. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011595356&site=ehost-live>
- Stanhope, M., e Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (7ª ed.). Loures: LUSODIDACTA.

- Stern, C., Jordan, Z., e McArthur, A. (2014). Developing the Review Question and Inclusion Criteria. *American Journal of Nursing*, 114(4), 53–56. JOUR. <http://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000445689.67800.86>
- Tiran, D. (2004). Empowering women: natural approaches to pregnancy and childbirth. *Positive Health*, (98), 50–52. JOUR. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004156293&site=ehost-live>
- Tomey, A. M., e Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda. <http://doi.org/204518/03>
- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy K., D., Buist, A., Turkstra, E., e Ryding, E.-L. (2014). A Randomized Controlled Trial of a Psycho-Education Intervention by Midwives in Reducing Childbirth Fear in Pregnant Women. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 41(4), 384–394. JOUR. <http://doi.org/10.1111/birt.12136>
- UN Women. (n.d.). Women's Empowerment Principles. Retrieved from <http://www.unwomen.org/en/partnerships/businesses-and-foundations/womens-empowerment-principles>
- União Europeia. Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, Jornal Oficial da União Europeia 389–403 (2010). Retrieved from http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf
- Vala, J. (2014). A análise de conteúdo. In *Metodologia das Ciências Sociais* (16ª edição). Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Fluxograma de seleção dos artigos na RSL

**APÊNDICE II – Quadros de Avaliação da Qualidade Metodológica dos
Artigos**

JBIR QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research

Reviewer Raquel Chaves **Date** 20/7/2016

Author Lena Nilsson, Tina Thorsell, Elisabeth Hertfelt Wahn and Anette Ekström **Title:**
Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers **Year** 2013 **Record**
number doi:10.1155/2013/349124

	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X			
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X			
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X			
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X			
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X			
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X			
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?		X?		
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X			
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X			
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X			

Overall appraisal: **Include** Exclude Seek further info.

Comments (including reasons for exclusion)

JBQI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research

Reviewer Raquel Chaves **Date** 20/7/2016

Authors Mina Iravani, Elahe Zarean, Mohsen Janghorbani, Masod Bahrami

Title: Women's needs and expectations during normal labor and delivery **Year** 2015 **Record number** doi: 10.4103/2277-9531.151885

	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X			
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X			
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X			
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X			
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X			
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X			
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	X			
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X			
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X			
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X			

Overall appraisal: **Include** Exclude Seek further info.

Comments (including reasons for exclusion)

JBIR QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research

Reviewer Raquel Chaves **Date** 20/7/2016

Author Shahnaz Anwar, Rafat Jan, Rahat Najam Qureshi, Salma Rattani **Title:** Perinatal women's perceptions about midwifery led model of care in secondary care hospitals in Karachi, Pakistan **Year** 2013 **Record number** doi: 10.1016/j.midw.2013.10.020

	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X			
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X			
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X			
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X			
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X			
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X			
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	X			
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X			
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X			
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X			

Overall appraisal: **Include** Exclude Seek further info.

Comments (including reasons for exclusion)

JBÍ QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research

Reviewer Raquel Chaves **Date** 20/7/2016

Author Katia de Lima Melo, Bianca Dargam Gomes Vieira, Valdecyr Herdy Alves, Diego Pereira Rodrigues, Diva Cristina Morett Romano Leão, Luana Asturiano da Silva **Title:** O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal **Year** 2014 **Record number** doi: 10.9789/2175-5361.2014v6n3p1007

	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X			
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X			
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X			
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X			
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X			
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X			
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?			X	
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X			
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X			
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X			

Overall appraisal: **Include** Exclude Seek further info.

Comments (including reasons for exclusion)

JBIR QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research

Reviewer Raquel Chaves **Date** 20/7/2016

Author Unn Dahlberg, Ingvild Aune **Title:** The woman's birth experience—The effect of interpersonal relationships and continuity of care **Year** 2013 **Record number** doi: 10.1016/j.midw.2012.09.006

	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X			
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X			
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X			
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?			X	
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X			
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X			
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	X			
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X			
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X			
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X			

Overall appraisal: **Include** Exclude Seek further info.

Comments (including reasons for exclusion)

JBQI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research

Reviewer Raquel Chaves **Date** 20/7/2016

Author Maria S. Maputle, Hiss Donavon **Title:** Woman-centred care in childbirth: A concept analysis (Part 1) **Year** 2013 **Record number** doi: 10.4102/curaionis.v36i1.49

	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X			
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X			
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X			
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X			
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X			
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X			
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	X			
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X			
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X			
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X			

Overall appraisal: **Include** Exclude Seek further info.

Comments (including reasons for exclusion)

JBIR QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive and Critical Research

Reviewer Raquel Chaves **Date** 20/7/2016

Author: Helena Lindgren, Kerstin Erlandsson **Title:** Women's Experiences of Empowerment in a Planned Home Birth: A Swedish Population-based Study **Year:** 2010 **Record number** doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00426.x

	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X			
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X			
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X			
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X			
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X			
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X			
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?		X		
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X			
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X			
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X			

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info.

Comments (including reasons for exclusion)

APÊNDICE III – Notas de Campo

Nota de Campo 1

Data: 3/3/2016

Tive recentemente contacto com uma grávida cujo TP se encontrava no segundo estágio já há 3 horas. Tinha-lhe sido sugerido iniciar esforços expulsivos assim que sentisse vontade para tal, no entanto devido ao bloqueio sensitivo e motor inerente à analgesia epidural, estes não eram eficazes. Eu e a EEESMO orientadora fomos conduzindo e orientando os esforços expulsivos e de forma gradual e lenta, a apresentação foi descendo. Com o objetivo de abreviar o período expulsivo (já há algum tempo arrastado), a equipa médica sugeriu à EEESMO orientadora a realização de episiotomia, apesar de a apresentação não estar, ainda, a coroar. A grávida imediatamente gritou “Não, não, não! Não quero!”. A EEESMO tranquilizou a grávida respondendo-lhe que não faria nada que esta não desejasse e respondeu ao médico que não considerava que os músculos do períneo estivessem a ser impeditivos da expulsão do pólo cefálico. Centrámos novamente a atenção na grávida, ensinando e incentivando--a a tornar os esforços expulsivos mais eficazes.

À medida que a apresentação progredia, tornou-se óbvia a necessidade de proceder à episiotomia, pela muito reduzida elasticidade da musculatura perineal. A EEESMO orientadora abordou a grávida, sublinhando que estava consciente da sua vontade de não realizar episiotomia, mas que, na sua opinião, a sua não execução traria malefícios maiores do que o contrário. A EEESMO justificou a sua afirmação através da informação sobre a pouca elasticidade da musculatura perineal e o risco de ocorrência de lacerações extensas (grau III e IV). De seguida fez uma pausa e questionou autente sobre qual o caminho a tomar, oferecendo-lhe a decisão.

A grávida refletiu e disse “Sr^a Enf^a, eu quero o que for melhor para mim. De acordo com a sua experiência acha que vai rasgar? Acha melhor fazer a episiotomia?”.

- De acordo com a minha experiência acho que os riscos de não fazer são muito grandes e seria preferível efetuá-la – respondeu a EEESMO.

- Pode tentar fazer uma pequena? – questionou a grávida.

- Parece-me possível, vou tentar que assim seja.

Após obter o consentimento da utente, realizámos então a episiotomia com pequenas dimensões, tendo o restante TP decorrido de forma linear.

Nota de Campo 2

Data: 5/4/2016

No âmbito do Estágio com Relatório, tive possibilidade de contactar com um casal em indução de trabalho de parto (ITP), por Restrição de Crescimento Fetal e Alterações nas Fluxometrias. Estavam em processo de ITP há 24 horas, sem sucesso. Apesar de bem-dispostos e sorridentes, o casal referia estar cansado e referiram-me que começavam a ponderar a cesariana como a opção mais viável para o nascimento do seu filho. Apesar disso, estava previsto pela equipa médica que a grávida desceria até ao internamento de grávidas para descansar (termo comumente utilizado pela equipa multidisciplinar) e regressaria na manhã seguinte. Eram 11h quando o casal recebeu esta notícia, tendo ficado um pouco confusos e apreensivos. Após a equipa médica se ausentar, voltaram a sublinhar-me a exaustão que sentiam, e se “não seria melhor fazerem uma cesariana”.

Abordei-os de forma empática e prestei-lhes apoio emocional, demonstrando compreensão pelo seu cansaço. Depois questionei-os se alguma vez se tinha informado sobre as vantagens e desvantagens inerentes aos diferentes tipos de parto, ao que me responderam que não, demonstrando interesse pelas mesmas. Assim, realizei educação para a saúde junto dos mesmos sobre informando-os sobre esse assunto.

Após terminar, ambos concordaram que seria preferível que o seu filho nascesse por parto vaginal, mas ambos duvidavam dessa possibilidade, devido ao facto de já estarem em processo de indução há 24 horas. Assim sendo, questionaram-me sobre o que poderiam fazer para promover o parto por via vaginal. Novamente, tentei prestar apoio emocional e estabelecer uma relação terapêutica com o casal. Expliquei que a demora associada à ITP se devia ao facto de se estar a “forçar” um processo fisiológico que normalmente se dá de forma espontânea, quando o corpo da mulher está finalmente preparado para isso. Tentei motivá-los para não desesperar, e acima de tudo, tentei incentivar a grávida a acreditar na sua capacidade de parir por via vaginal. Tentei ajudá-los a focar-se naquele momento e neles próprios, fazendo o exercício de tentar deixar as preocupações acessórias de parte, aceitando que aquele processo exigia concentração e tempo. Tentei também ajudá-los a focar-se no resultado final, o nascimento do seu bebé.

O casal estava agora mais animado e com uma motivação diferente. Referiram que iriam então continuar a tentar. Acordámos que o marido da grávida iria a casa comer e descansar, para regressar à visita no internamento no período da tarde. Quanto à grávida,

incentivei-a a deambular durante esse período, alternando com períodos de repouso conforme a sua necessidade. Referi-lhe que estaria presente no serviço de internamento a partir das 15h. Assim foi. A grávida tinha deambulado bastante desde que tinha descido da Sala de Partos. Assim, após o lanche ensinei-lhe vários exercícios a realizar na bola de pilates, bem como alguns exercícios de báscula da bacia, que a grávida cumpriu enquanto recebeu visitas da sua família ou via televisão. Quando chegou o seu marido, já ela referia queixas de algumas contrações dolorosas esporádicas. Por esse motivo, proporcionei-lhes alguma privacidade e sugeri ao marido que lhe massajasse as costas para alívio do desconforto. Após esta massagem, a grávida quis regressar à bola de pilates, o que lhe foi proporcionado. Chegada a hora de jantar, era terminado o horário das visitas, pelo que o seu marido se ausentou. Aconselhei-a depois a tomar um duche, massajando com o chuveiro a zona da barriga e da região dorsal, para aliviar o desconforto das contrações que se mantinham esporádicas. Foi realizada vigilância do TP, através de RCTG e toque vaginal (cervicometria sobreponível à avaliada na SP) e por fim aconselhei a grávida a descansar para que pudesse restabelecer-se e enfrentar o dia seguinte com força. A grávida referiu que tinha sido muito importante para si poder contar com o meu apoio e presença durante todo o dia, agradecendo-me pelo contínuo nos cuidados que lhe tinha prestado.

No dia seguinte, tive conhecimento que a grávida tinha tido um parto eutócico, na companhia do marido, tal como ambos desejavam.

Nota de Campo 3

Data: 20/4/2016

No dia 18 conheci uma grávida que se encontrava na Sala de Partos a realizar esforços expulsivos. Enquanto preparava a mesa cirúrgica para o parto e o equipamento individual de proteção questionei a grávida sobre se esta tinha elaborado um plano de parto. A grávida respondeu-me que não o tinha escrito mas tinha pensado sobre ele.

- O que gostava então que acontecesse? – perguntei.

- Se fosse possível, gostava que fosse o meu marido a cortar o cordão umbilical e gostava também de fazer contacto pele-a-pele.

- Ok B., se não houver intercorrências e estiver tudo bem com o seu bebé, penso que não haverá problema – respondi.

De seguida, articulei-me com a Enf^a generalista que iria receber o RN, transmitindo-lhe a vontade da grávida e demonstrando disponibilidade para abordar o assunto. A colega assentiu e voltou a sublinhar que se estivessem assegurados o bem-estar e segurança do RN, não existiriam objeções.

Quando o bebé nasceu, foi efetivamente o pai a cortar tardiamente o seu cordão umbilical e foi possível realizar o contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida.

Nota de Campo 4

Data: 2/5/2016

No dia 2/5/2016 prestei cuidados a uma grávida admitida no BP para Indução de Trabalho de Parto, por Idade Gestacional. A grávida, de 25 anos, tinha como antecedente pessoal uma cesariana de urgência por pré-eclâmpsia. Fiquei encarregue de realizar a admissão à utente, e enquanto observava o seu BSG percebi que tinha realizado a vigilância da gravidez no CS. Questionei-a sobre se tinha realizado Curso de Preparação para o Nascimento, ao que ela me respondeu que sim, com uma enfermeira especialista de Saúde Materna do seu ACES (sic). Questionei-a sobre se tinha algumas preferências relativamente ao nascimento da sua bebé. Informou-me que tinha muitos planos e que desejava viver e experimentar o que era um parto por via vaginal. Contou-me também que tinha ficado extremamente desiludida com a necessidade de cesariana na gravidez prévia. Perguntei-lhe então quais os aspetos sobre os quais tinha refletido, e que gostava que se concretizassem. Respondeu-me de imediato que de forma alguma queria analgesia epidural, queria poder sentir o período expulsivo. Perguntei-lhe se tinha pensado em formas alternativas de aliviar a dor/desconforto, ao que me respondeu que não. Depois disse-me que desejava fazer contacto pele-a-pele, laqueação tardia do cordão umbilical e corte pelo pai, assim como testemunho dos primeiros cuidados ao RN por parte do pai e amamentação na primeira hora de vida.

De seguida, passei então a esclarecê-la sobre as possibilidades e eventuais dificuldades/impossibilidades de cumprimento do seu plano de parto verbal. Referi-lhe que não havia problema em não querer realizar analgesia epidural, e que poderíamos utilizar a respiração, o duche, a bola de pilates, a música e a massagem como técnicas não farmacológicas de alívio de dor, assim como a terapêutica endovenosa, sendo que a utente as aceitou como alternativas viáveis. Em conjunto fizemos exercícios de respiração. Não foi possível realizar levantar para a bola ou para o duche, por CTG não tranquilizador. Liguei uma música relaxante e a grávida decidiu aguardar pelo marido para realizar a massagem. Relativamente à laqueação tardia do cordão umbilical e corte pelo pai, contacto pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida, expliquei que os mesmos eram considerados boas práticas na instituição e seriam cumpridos, exceto em caso de necessidade de prestação de cuidados imediatos à mãe ou RN, em que a segurança de algum deles não estivesse assegurada. Por fim, expliquei à grávida que a sala de prestação de cuidados a recém-nascidos era comum a todas as salas de partos, e que era nessa mesma sala onde se encontrava o material de reanimação dos mesmos, pelo que precisávamos de todo o espaço disponível para

circular com rapidez. Para além disso, expliquei-lhe que se fosse possível realizar contacto pele-a-pele, todos os cuidados (exceto o peso) seriam prestados no seu colo, na presença do pai. A grávida respondeu-me que compreendia e que não era assim tão relevante. Registei em partograma o seu plano de parto debatido.

Passadas 2 horas a dor da grávida intensificou-se e a mesma estava a ficar progressivamente mais descontrolada. Decidiu que queria realizar analgesia epidural pois as dores eram, segundo a mesma, insuportáveis. No entanto, encontrava-se extremamente ansiosa pois tinha receio do procedimento (sic). Novamente, esclareci-a sobre a técnica e expliquei-lhe os possíveis efeitos secundários da mesma, assim como as suas vantagens e desvantagens. A grávida decidiu então fazer o procedimento, mas questionou-me se não era possível eu permanecer com ela durante o mesmo. Tranquilei-a referindo que ficaria presente e assim fiz, prestando-lhe apoio emocional durante a realização da técnica. No fim do turno a sua dilatação tinha evoluído bastante, encontrava-se agora na fase ativa da mesma. Durante a passagem de turno, transmiti a informação aos colegas relativamente ao seu plano de parto.

Nota de Campo 5

Data: 12/5/2016

No dia 12 de maio tive oportunidade de prestar cuidados a uma colega enfermeira em trabalho de parto. Encontrava-se internada num quarto individual, com paredes pintadas de cor tipo “casca de ovo”, com acesso a música de relaxamento e protegida do ritmo de trabalho agitado característico do serviço. Na fase inicial do mesmo, apresentando contractilidade espontânea e um colo amolecido com 1cm trajeto permeável a um dedo. À minha primeira abordagem, cerca das 8:30, referiu de imediato queixas algicas, questionando-me se seria possível realizar levante. Após avaliar o registo de cardiotocografia (RCTG) e os seus sinais vitais e verificar que estavam reunidas as condições para o levante, acompanhei a grávida até ao wc, onde teve oportunidade de urinar e posteriormente de se autocuidar. Instruí-a para tentar relaxar a musculatura das costas e das zonas abdominal e pélvica com a água corrente e tépida do chuveiro, ao que a grávida respondeu com bastante satisfação. Quando regressámos ao quarto, questionei-a sobre se desejava realizar exercícios na bola de pilates. Expliquei que o uso da bola estava indicado tanto para alívio de dor como para promoção da descida do feto no canal e parto, e consequentemente, na promoção da dilatação cervical. A grávida decidiu experimentar. Eram 10h30 quando a deixei com o marido, após a minha explicação sobre postura, segurança, tipo e efeitos dos exercícios. Passada meia hora, a grávida referia bastante alívio das dores e elevada satisfação.

Regressei às 12h30 para nova avaliação das queixas algicas, sendo que começavam a intensificar-se. A grávida questionou-me sobre a possibilidade de realizar analgesia epidural e a manutenção de exercícios na bola de pilates *a posteriori*. Expliquei-lhe que um dos possíveis efeitos da analgesia loco-regional com técnica sequencial é o bloqueio motor (diminuição da sensibilidade aliada à diminuição da força nos membros inferiores), sublinhando no entanto, que era possível que este não se verificasse, e que nesse caso poderia manter-se a realizar os exercícios. Uma vez que nos encontrávamos nesse tópico, expliquei-lhe também que na eventualidade de existir rotura da bolsa de águas, que seria também impossível manter-se na bola de pilates, pois era consensual dentro da equipa que as grávidas com bolsa rota não realizassem levante. Às 13h a S. chamou-me referindo que as suas queixas tinham aumentado exponencialmente e que desejava realizar analgesia epidural. Procedi à avaliação da cervicometria: apresentava agora um colo apagado com 3cm de dilatação. Contactei a equipa de Anestesia e foi realizada a técnica. Passada meia-hora, a S. mantinha os sinais vitais estáveis e bloqueio motor = 0 (na escala de Bromage), pelo que manifestou

desejo de regressar à bola. Não obstante, nesse momento foi abordada pela equipa médica que lhe sugeriu a realização de amniotomia, “para um avanço mais rápido do trabalho de parto”. Face à informação previamente obtida, grávida questionou a equipa médica sobre a possibilidade de regressar posteriormente à bola de pilates, referindo que esta lhe tinha oferecido muito conforto e que para ela era impensável a ideia de estar na cama muito tempo. Os médicos responderam-lhe dizendo que não seria possível realizar levante com a bolsa de águas rota, pelo que a grávida recusou o procedimento, e com a minha ajuda, regressou aos exercícios. A grávida manteve-se na bola de pilates até apresentar 8cm de dilatação, altura em que terminou o meu turno.

Nota de Campo 6

Data: 7/7/2016

No dia 7 de julho tive possibilidade de prestar cuidados em Sala de Partos num hospital diferente daquele em que realizei a maioria do meu Estágio com Relatório. Nesse serviço, os planos de parto são enviados pelos casais e recebidos pelas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) com antecedência relativamente ao parto e são então expostos para que toda a equipa possa tomar conhecimento do mesmo e atuar de acordo com as preferências explícitas nos mesmos. Da mesma forma, a presença do acompanhante em Bloco Operatório durante a execução da cesariana é tolerado e permitido sempre que estejam reunidas as condições de segurança indispensáveis. Pude verificar que a equipa de Enfermagem (constituída na sua totalidade por EEESMO) trabalha numa dinâmica de cuidado centrado no cliente, respeitando as necessidades e desejos das parturientes e acompanhantes que ali recorrem, contribuindo de forma muito marcada para uma filosofia multidisciplinar de respeito pelo parto. Exemplo disso é que grande parte da equipa faria, daí a uns dias, o curso de Parto na Água com uma Enfermeira internacional, para depois o implementar no serviço.

Nesse dia deu entrada uma utente provinda do serviço de Medicina Materno-Fetal onde tinha sido admitida por Rotura Prematura de Membranas pré-termo, pois não se encontrava em trabalho de parto. Tinham sido administrados 25µg de misoprostol horas antes e quando a utente apresentou queixas intensas e foi avaliada, apresentava já dilatação cervical avaliada em 9cm. Ao chegar ao Bloco de Partos, encontrava-se já muito queixosa, e em período expulsivo. O Enf^o Orientador pegou nas suas mãos e falou-lhe com uma voz calma e firme, que transmitia segurança. Sugeriu-lhe realizar um parto em posição vertical, num banco, ao que o marido respondeu que esse era um grande desejo da grávida, pelo que foi preparado o material e a mesma se sentou, apoiando-se no marido atrás de si, cuja permanência foi sempre permitida e que foi vital no incentivo, motivação e controlo da grávida. Em cada momento de maior dor e descontrolo, o Enf^o “trazia-a” de volta através de palavras ou toque (era detentor do curso de Reflexologia em Trabalho de Parto), ajudando-a a focar-se no seu trabalho de parto, conduzindo aquele parto com segurança, perícia e elevado nível de competência. Após a exteriorização do pólo cefálica em variedade occipito-ilíaca posterior esquerda, uma circular cervical apertada e uma discreta distócia de ombros, o feto exteriorizou-se após um reposicionamento instintivo da mãe. No fim, todos sorríamos e partilhávamos daquele momento único de alegria para aquela família.